Rok XLIX. Kraków, dnia 15. października 1910. Nr 42.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

## CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

### Leczenie błonicy surowicą swoistą.

(Wyniki w okresie ubiegłych lat 15, 1895—1909).

Podał

**W. Puławski** (Radziejów, gub. warszawska).

(Ciąg dalszy).

Ponieważ zdaniem mojem sprawa ta jest niezmiernie ważna ze względu na brak w tych przypadkach objawów nadwrażliwości, nad którą co do różnych innych surowic, przeważnie bakteryobójczych, czynione są spostrzeżenia przez wszystkich pedyatrów-klinicystów, zwolenników seroterapii, przeto uważałem za pożyteczne, a nawet poniekąd za konieczne, zestawić wszystkie te przypadki w szczegółowej tablicy IV. Z tablicy tej widać, że przypadków, w których surowicę zastrzykiwano czterokrotnie, było 10, trzykrotnie — 30 i dwukrotnie — 14. We wszystkich tych przypadkach, leczonych w różnych odstępach czasu, nigdy nie dało się zauważyć żadnych innych objawów posurowiczych, prócz wysypki o różnych postaciach, występującej niezależnie od powtarzania wstrzykiwań, lecz zależnej tylko od ilości wstrzykniętej surowicy.

Jak dowiodły najnowsze badania w tym kierunku (Bordet, Pirquet, Besredka, Kraus i Dörr, Wolff-Eisner i in.) białko surowic antytoksycznych, wstrzykiwanych podskórnie, a choćby i do żył, jest bezwątpienia mniej jadowitem dla ustroju w porównaniu z białkami surowic bakteryobójczych (bakterizide Sera). W tych drugich, prócz zwykłego białka płynnego surowicy (Serumeiweiss), są jeszcze białka, pochodzące z rozkładu ciał bakteryi (Leiberbakterieneiweiss), które właśnie działają w wysokim stopniu toksycznie na automatyczne ośrodki nerwowe naczynioruchowe, łatwo wyprowadzając je z nietrwałej równowagi w danym poszczególnym wypadku (vasomotorische Labilität), wywołując nieraz nadzwyczaj groźne dla życia objawy, stanowiące istotę nadwrażliwości (Anaphylaxia — Ueberempfindlichkeit). Za typowy przykład surowic takich mogą służyć n. p. surowice durowe, choleryczna lub różnego rodzaju tuberkuliny. Wynika z tego, że surowice: przeciwbłonicza i przeciwpłonicza, jako antytoksyczne, jeżeli tylko są ściśle i dokładnie wolne od wszelkiego rodzaju bakteryi, produktów ich rozkładu oraz elementów bakteryobójczych, nie mogą dać nigdy objawów nadwrażliwości. Można nawet powiedzieć, że przy zachowaniu warunków tylko co wymienionych, wyłączone są najmniej zwykle spodziewane t. zw. idyosynkrazye, których istota musi bezwarunkowo polegać na analogicznej intoksykacyi przejściowej tychże nerwowych ośrodków naczynioruchowych (Vasomotorische Labilität)

Groźne dla życia objawy, jakie spostrzegano na długo przed wprowadzeniem w użycie surowic leczniczych, przy zwykłych przelewaniach krwi, a które przy wyłączeniu możliwości zatoru powietrznego przypisywano działaniu wprowadzonych do ustroju obcych ciałek czerwonych krwi, sprowadzić należy obecnie do ujemnego działania wprowadzonego do obiegu krwi płynnego białka krwi obcej (artfremdes Eiweiss).

VIII) Przypadki krtaniowe, w liczbie 381, włączone do szeregu statystycznego, nie obejmują następujących: 1) »Laryngitis pseudocruposa«, występująca zwykle nagle, najczęściej w nocy ze snu i równie prędko do rana lub do południa dnia następnego znacznie łagodniejąca lub ustępująca zupełnie przy zastosowaniu zwykłego leczenia. 2) »Laryngitis pseudocruposa antemorbillosa«, polegająca na przejściowem zapaleniu błony śluzowej krtani wskutek wysypki odrowej, występującej tu analogicznie do tego, jak i na skórze. Zapalenie to przechodzi zwykle pomyślnie przy środkach wykrztuśnych i inhalacyach, ewentualnie okładach rozgrzewających, z chwilą gdy wysypka pokryje już całą powierzchnię skóry.

Co się tyczy poodrowego zapalenia krtani (Laryngitis postmorbillosa), bardzo nieraz niebezpiecznego i często śmiertelnego, jako polegającego na obrzęku głośni, to zdaniem niektórych klinicystów (Heubner, Baginsky) powinno ono być leczone bezwarunkowo i surowicą przeciwbłoniczą dla tej przyczyny, że błony śluzowe narządów oddechowych po odrze są nadzwyczaj czułe na przyjęcie wszelkiego rodzaju zarazków, a zatem na pierwszym planie prątka Löfflera, przebywającego stale na błonie śluzowej jamy ustnej i gardła w oczekiwaniu chwili, sprzyjającej jego dalszemu rozwojowi do granic groźnie chorobowych. To samo stosuje się do t. zw. »Laryngitis postscarlatinosa tarda«.

IX) Zapobiegawczego stosowania surowicy przeciwbłoniczej, w ścisłem tego wyrazu znaczeniu, nie podejmowałem, gdyż, mając do czynienia z ludnością wogóle mniej inteligentną, trudno bardzo jest wytłómaczyć konieczność ponownych wstrzyknięć po upływie trzech do czterech tygodni i tak kilkakrotnie aż do wygaśnięcia epidemii. Rodzice argumentują zwykle, że lepiej zaczekać, aż jakiekol-

TABLICA IV.

| L. p. | Płeć | Rodzina | I. Rok wstrzyknięcia | I. Wiek w latach | I. Objawy chorobowe | I. Rodzaj i ilość surowicy | I. Ilość dawek | I. Objawy posurowicze | II. Rok wstrzyknięcia | II. Wiek w latach | II. Objawy chorobowe | II. Rodzaj i ilość surowicy | II. Ilość dawek | II. Objawy posurowicze | III. Rok wstrzyknięcia | III. Wiek w latach | III. Objawy chorobowe | III. Rodzaj i ilość surowicy | III. Ilość dawek | III. Objawy posurowicze | IV. Rok wstrzyknięcia | IV. Wiek w latach | IV. Objawy chorobowe | IV. Rodzaj i ilość surowicy | IV. Ilość dawek | IV. Objawy posurowicze |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | M. | Kl. | 1895 | 1/2 | Angina diphth. | Dyfter. 1000 j. o. | 1 | | 1898 | 3 1/2 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 7—8 dni | 1902 | 7 1/2 | Angina diphth. incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1900 | 11 1/2 | Angina diphth. | Dyfter. 1000 | 1 | |
| 2 | M. | | 1895 | 3 1/2 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 j. o. | 2 | | 1899 | 7 1/2 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria 7 dnia | 1903 | 11 1/2 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | 1905 | 13 1/2 | Scarlatina | szkarlat. 30 ctm.³ | 1 | |
| 3 | M. | | 1896 | 2 1/2 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 j. o. | 1 | Urticaria na 7—8 dni | 1898 | 4 1/2 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1902 | 8 1/2 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—9 dni | 1907 | 13 1/2 | Angina diphth. | Dyfter. 3000 | 1 | Urticaria na 0—7 dni |
| 4 | M. | | 1897 | 1/4 | Angina diphth. | Dyfter. 1000 j. o. | 1 | | 1900 | 3 1/4 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1902 | 5 1/4 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | | 1904 | 7 1/4 | Scarlatina | szkarlat. 30 ctm.³ | 1 | Urticaria dnia 8 |
| 5 | Z. | | 1903 | 3/4 | Angina diphth. | Dyfter. 1000 j. o. | 1 | | 1905 | 2 3/4 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1907 | 4 3/4 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 10 dzień | | | | | | |
| 6 | M. | B. | 1896 | 1/2 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—10 dni | 1898 | 2 3/4 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1902 | 6 3/4 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8 dzień | 1908 | 12 3/4 | Scarlatina | szkarlat. 20 ctm.³ | 1 | |
| 7 | M. | | 1896 | 4 1/2 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—8 dni | 1898 | 6 1/2 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 7—8 dni | 1901 | 9 1/2 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria 9 dnia | | | | | | |
| 8 | Z. | | 1896 | 1 1/2 | Laryng. po anginie | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 10—11 dni | 1902 | 7 1/2 | Ancina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—7 dni | 1906 | 11 1/2 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1908 | 13 3/4 | Scarlatina Angina diphteroid. | szkarlat. 30 ctm.³ + dyfter. 1000 j. o. | 1 | Urticaria na 10—12 dni |
| 9 | Z. | | 1898 | 1 1/2 | Laryng. incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1902 | 5 1/2 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1906 | 9 1/2 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 9 dzień | 1908 | 11 1/2 | Scarlatina | szkarlat. 20 ctm.³ | 2 | |
| 10 | M. | | 1898 | 5 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 4000 | 2 | Erythema Urticaria na 8—11 dni | 1902 | 9 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1906 | 13 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | | | | | | |
| 11 | M. | | 1907 | 1 1/2 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 7—9 dni | 1908 | 2 1/2 | Scarlatin. Angina diphteroid. | Szkarlat. 20 ctm.³ Dyfter. + 1000 j. o. | 2 | Urticaria na 6—8 dni | | | | | | | | | | | | |
| 12 | M. | L. | 1896 | 4 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 1000 | 1 | | 1897 | 5 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1902 | 10 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Erythema, Urticaria na 6—8 dni | | | | | | |
| 13 | M. | | 1900 | 1/2 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1902 | 2 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1904 | 4 | Scarlatina Angina diphteroid. | 20 ctm³. + 1000 jedn. ochr. | 2 | | | | | | | |
| 14 | M. | R. | 1895 | 3 3/4 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 1000 | 1 | | 1900 | 8 3/4 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | | 1904 | 12 3/4 | Scarlatina | szkarlat. 20 ctm.³ | 1 | | | | | | | |
| 15 | M. | | 1895 | 6 3/4 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 2 | | 1897 | 8 3/4 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1902 | 13 3/4 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | | | | | | |
| 16 | M. | Bal. | 1897 | 7 | Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Erythema na 7—9 dni | 1900 | 10 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1904 | 14 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | | | | | | |
| 17 | Z. | | 1897 | 2 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Erythema Urticaria na 6—8 dni | 1900 | 5 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1904 | 9 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—9 dni | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | Z. | Bal. | 1898 | 6 | Angina incip. | Dyfter. 1000 | 1 | | 1901 | 9 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—8 dni | 1904 | 12 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—7 dni | | | | | | |
| 19 | M. | Z. | 1898 | 4 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1903 | 9 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—7 dni | 1905 | 11 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | 1908 | 14 | Scarlatina | S karlat. 30 ctm.$^3$ | 1 | Urticaria na 9—10 dni |
| 20 | M. | Z. | 1898 | 6½ | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—10 dni | 1903 | 11½ | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1906 | 14½ | Angina | Dyfter. 3000 | 1 | Urticaria, Erythema na 6—8 dni | | | | | | |
| 21 | M. | Z. | 1899 | 1 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Erythema Urticaria na 6—8 dni | 1903 | 5 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | 1907 | 9 | Scarlat. | szkarlat. 20 ctm.$^3$ | 1 | | | | | | | |
| 22 | Z. | Z. | 1904 | 3 | Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—11 dni | 1906 | 5 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 9—10 dni | 1907 | 6 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1909 | 8 | Scarlatina | Szkarlat. 20 ctm.$^3$ | 1 | |
| 23 | Z. | Ciech. | 1898 | 4 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1903 | 9 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—8 dni | 1906 | 12 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 9—10 dni | | | | | | |
| 24 | M. | Ciech. | 1898 | 1½ | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—9 dni | 1903 | 6½ | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | 1909 | 12½ | Scarlatina Angina diphteroid. | 30 ctm.$^3$ + 2000 jedn. ochr. | 2 | Urticaria na 10 dzień | | | | | | |
| 25 | M. | Kozł. | 1897 | 4 | Laryngit. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—8 dni | 1900 | 7 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1904 | 11 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 7—8 dni | 1908 | 15 | Scarlatina | Szkarlat. 30 ctm.$^3$ | 1 | Urticaria na 9—10 dni |
| 26 | M. | Kozł. | 1902 | ¾ | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 2 | Erythema Urticaria na 6—8 dni | 1907 | 6 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—8 dni | 1909 | 8½ | Angina c. Laryng. | Dyfter. 3000 | 1 | Urticaria na 7—9 dni | | | | | | |
| 27 | Z. | Ban. | 1903 | 2 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1906 | 5 | Laryngitis | Dyfter. 4000 | 2 | Erythema Urticaria na 7—10 dni | 1909 | 8 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—7 dni | | | | | | |
| 28 | Z. | Zych. | 1896 | 5½ | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 7—9 dni | 1905 | 14 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—10 dni | | | | | | | | | | | | |
| 29 | M. | Ziel. | 1900 | 2 | Angina incip. | Dyfter. 1000 | 1 | | 1904 | 6 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 9 dzień | | | | | | | | | | | | |
| 30 | M. | Soj. | 1897 | 8 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6 dzień | 1903 | 14 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | M. | Saw. | 1898 | 2 | Laryng. | Dyfter. 3000 | 2 | Urticaria na 8—10 dni | 1906 | 10 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | 1908 | 12 | Scarlatina Angina diphteroid. | 30 ctm.$^3$ + 2000 jedn. ochr. | 3 | Urticaria na 11—12 dni | | | | | | |
| 32 | Z. | Fab. | 1897 | 1 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 7—8 dni | 1899 | 3 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1909 | 13 | Scarlatina Angina diphteroid. | 30 ctm.$^3$ + 2000 jedn. ochr. | 2 | Urticaria na 9—10 dni | | | | | | |
| 33 | M. | Lin. | 1898 | 1 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 1000 | 1 | | 1902 | 5 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | | 1904 | 7 | Scarlatina | szkarlat. 20 ctm.$^3$ | 1 | | | | | | | |
| 34 | Z. | Lin. | 1900 | 1 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8 dzień | 1902 | 3 | Angina Laryngitis | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 7 dzień | 1904 | 5 | Scarlatina | szkarlat. 20 ctm.$^3$ | 1 | | | | | | | |
| 35 | M. | Fr. | 1899 | 2½ | Laryng. | Dyfter. 3000 | 2 | Urticaria na 7—10 dni | 1901 | 4½ | Laryngitis | Dyfter. 2000 | 1 | | 1906 | 9½ | Scarlatina | szkarlat. 20 ctm.$^3$ | 1 | | | | | | | |
| 36 | M. | Pań. | 1898 | 1 | Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | | 1902 | 5 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1907 | 10 | Scarlatina Angina diphteroid. | 20 ctm.$^3$ + 1000 jedn. ochr. | 2 | | | | | | | |

TABLICA IV (Ciąg dalszy).

| L. p. | Płeć | Rodzina | I. Rok wstrzyknięcia | I. Wiek w latach | I. Objawy chorobowe | I. Rodzaj i ilość surowicy | I. Ilość dawek | I. Objawy posurowicze | II. Rok wstrzyknięcia | II. Wiek w latach | II. Objawy chorobowe | II. Rodzaj i ilość surowicy | II. Ilość dawek | II. Objawy posurowicze | III. Rok wstrzyknięcia | III. Wiek w latach | III. Objawy chorobowe | III. Rodzaj i ilość surowicy | III. Ilość dawek | III. Objawy posurowicze | IV. Rok wstrzyknięcia | IV. Wiek w latach | IV. Objawy chorobowe | IV. Rodzaj i ilość surowicy | IV. Ilość dawek | IV. Objawy posurowicze |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 37 | Z. | Lan. | 1906 | 2½ | Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8 dzień | 1909 | 5½ | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | M. | Wen. | 1903 | 1 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | | 1904 | 2 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1907 | 5 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | | | | | | |
| 39 | M. | Ćwik. | 1901 | 1¼ | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Erythema na 7—8 dni | 1907 | 7½ | Angina Laryngitis Stomatitis | Dyfter. 4000 | 2 | Erythema Urticaria na 6—9 dni | | | | | | | | | | | | |
| 40 | M. | Mac. | 1899 | 3 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—7 dni | 1904 | 8 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—8 dni | 1908 | 12 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8 dzień | | | | | | |
| 41 | M. | Złot. | 1897 | 1 | Laryng. incip. | Dyfter. 1000 | 1 | | 1902 | 5 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1908 | 11 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | | | | | | | |
| 42 | Z. | Szest. | 1898 | 2 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | | 1901 | 5 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1908 | 12 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | | | | | | |
| 43 | M. | Kem. | 1899 | ½ | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—10 dni | 1904 | 5½ | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1908 | 9½ | Angina | Dyfter. 2000 | 2 | Erythema, Urticaria na 7—9 dni | | | | | | |
| 44 | Z. | Stan. | 1900 | ½ | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1907 | 6 | Angina c Laryng. | Dyfter. 4000 | 2 | Erythema Urticaria na 6—9 dni | | | | | | | | | | | | |
| 45 | M. | Marc. | 1898 | ½ | Laryngit. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 6—8 dni | 1900 | 2 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1904 | 6 | Scarlatina | Szkarlat. 20 ctm.³ | 1 | | | | | | | |
| 46 | Z. | Kot. | 1899 | 9 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—10 dni | 1902 | 12 | Angina incipiens | Dyfter. 1000 | 1 | | 1904 | 14 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | | | | | | |
| 47 | M. | | 1902 | ½ | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1904 | 2½ | Laryngitis | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—10 dni | | | | | | | | | | | | |
| 48 | Z. | Kop. | 1898 | 8 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | 1904 | 14½ | Angina c. Laryng. | Dyfter. 4000 | 2 | Urticaria na 7—11 dni | | | | | | | | | | | | |
| 49 | Z. | Kozł. | 1902 | 5 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1904 | 7 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 10—11 dni | | | | | | | | | | | | |
| 50 | M. | Kuźn. | 1899 | ½ | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1903 | 4½ | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 51 | M. | Bas. | 1903 | 1 | Laryngit. | Dyfter. 1000 | 1 | | 1907 | 5 | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 5—7 dni | | | | | | | | | | | | |
| 52 | M. | Radz. | 1903 | 1½ | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1908 | 6½ | Angina | Dyfter. 2000 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | M. | Łodyg. | 1899 | 2 | Angina c. Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | Urticaria na 8—9 dni | 1900 | 3 | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1902 | 5 | Angina | Dyfter. 2000 | | | | | | | | |
| 54 | Z. | Koral. | 1899 | 2½ | Angina | Dyfter. 1000 | 1 | | 1901 | 4½ | Angina c Laryng. | Dyfter. 2000 | 1 | | | | | | | | | | | | | |

wiek oznaki zapalenia w gardle już się okażą; zgadza się to również z przekonaniem ich pod względem oszczędności. U kilkunastu dzieci, wobec ciężkiej choroby u rodzeństwa lub w najbliższem sąsiedztwie, rodzice zgodzili się na wczesne, rzekomo zapobiegawcze, wstrzyknięcia innym dzieciom, u których w gardzieli można już było stwierdzić niewielkie zaczerwienienia lub lekkie zarysy nalotów. Wszystkie te przypadki włączone zostały do rubryki wczesnych wstrzyknięć w ciągu pierwszego dnia choroby.

(Dokończenie nastąpi).

---

## O rozpoznawaniu i leczeniu zakażeń połogowych.

Podał

**Dr Władysław Falgowski,**

ginekolog w Poznaniu.

(Dokończenie).

Podział taki w praktyce nie da się oczywiście tak ściśle przeprowadzić, jakbyśmy sobie tego życzyli. Znamy także i przypadki przejściowe. Są także i zachorzenia, nie polegające na zakażeniu paciorkowcami, lecz na zakażeniu innymi zarazkami; zdarzają się także przypadki, w których hodowla wykrywa nie jeden, lecz wielką ilość różnych zarazków.

Ponieważ sposób leczenia zależy poniekąd od rodzaju zarazków, wywołujących chorobę, przeto starano się w najnowszym czasie badanie bakteryologiczne uzupełnić badaniem opsonin. Przy każdem zakażeniu opsoniny chorego ciała działają na zakażenie swoiście. Są one do szczególnego zarazka zastosowane (eingestellt). Dodajemy więc do surowicy osoby chorej w probówce kolejno różne zarazki, a śledząc przytem wskaźnik opsoniczny, stwierdzić możemy, który zarazek jest sprawcą zakażenia.

Niestety wskaźnik opsoniczny wielkich korzyści przy leczeniu dać nam nie może. Znając wskaźnik opsoniczny, byłoby naturalną rzeczą na jego podstawie leczyć podług wskazówek Wrighta przez szczepienie zarazków sztucznie osłabionych. Takie próby wykonał Lenhartz w Hamburgu. Wyniki były niekorzystne, należy jednak czekać na wyniki dalszych badań. Gwałtowność przebiegu prawie wszystkich zakażeń połogowych jest przeszkodą dla metody sztucznego szczepienia. Przeszkodą jest tu także w znacznym stopniu technika badań opsonicznych, która jest bardzo żmudna i wymaga wiele czasu.

Niektórzy badacze, jak Hendel i Zangemeister nie przypisują badaniu wskaźnika opsonicznego żadnej wartości ani co do wskazania, ani co do leczenia. Himmelheber odmawia wartości nawet badaniu krwi wogóle, a inni, jak E. Martin, Heymann i Barth wyrażają się o wartości badań opsonicznych bardzo pesymistycznie.

Nie odmawiając metodzie badania opsonin i bakteryotropin pewnej wartości co do wyjaśnienia sprawy w kierunku etyologicznym i bakteryologicznym, zaznaczyć trzeba wyraźnie, że na razie nie daje jeszcze ta metoda lekarzowi w praktyce żadnych korzyści. Nie może ona rokowania ułatwić, ani leczenia na nowe wprowadzić tory.

Także ilość i jakość ciałek białych krwi okazała się bez wartości dla rokowania. Ciałka białe bowiem dopiero pod wpływem opsonin osiągają właściwość pochłaniania i unieszkodliwiania zarazków. W ogólności powiedzieć należy, że obraz kliniczny choroby i obserwacya kliniczna dają zawsze jeszcze najrychlejsze i najpewniejsze wskazówki co do rokowania i okresu danego przypadku. Zdanie to wypowiadają także Zangemeister i inni autorowie, kładąc przytem wielką wagę na jadowitość zarazków. Należy też zawsze pamiętać, że wielką rolę w leczeniu zakażenia połogowego odgrywa odporność chorej oraz zasób jej sił.

### Leczenie ogólne i wewnętrzne.

Na takiem pojmowaniu zakażenia połogowego powinno też opierać się i nowoczesne jego leczenie. Bylibyśmy w szczęśliwem położeniu, gdybyśmy posiadali odpowiednią surowicę, którąbyśmy mogli zastosować w podobny sposób, jak to czynimy przy niektórych innych chorobach zakaźnych. Próby w tym kierunku spełzły niestety na niczem. Nie posiadamy bowiem dotąd dostatecznie skutecznej surowicy przeciwpaciorkowcowej. Pfannenstiel, Birnbaum i inni zupełnie słusznie nie przypisują wszelkim tego rodzaju surowicom żadnej wartości leczniczej.

Nie mając skutecznej surowicy, uciekamy się, jak dawniej, do licznych i najrozmaitszych środków wewnętrznolekarskich.

Naprzód starać się musimy podtrzymywać siły chorej stosownem odżywianiem, zważając bacznie na czynność serca, a stosując w razie potrzeby kamforę, kofeinę, digalen lub odwar naparstnicy. Uważać dalej trzeba na czynność oddychania i poprawne oddawanie moczu i regularny stolec. Ważną rzeczą jest utrzymywanie czystości ciała. Wogóle zaś zważać na to musimy, że choroba sama wskutek gorączki i długiego trwania, siły chorej niezmiernie wyczerpuje. Pielęgnowanie chorej musi być więc jaknajstaranniejsze.

Wyskoku stosować nie radzę, przedewszystkiem ze względu na nerki, które przy dłuższych zachorzeniach bywają zawsze podrażnione. Ale wyskok jest przeciwwskazany także i ze względu na serce, które przez stałe podawanie napojów wyskokowych możnaby osłabić; nie przepisuję prawie nigdy wyskoku jako środka leczniczego, choć przyznaję, że wyskok zmniejsza rozpad ciał białkowych.

Dobry skutek widziałem w wielu przypadkach przez podawanie płynów w dużych ilościach, co najlepiej osiągnąć możemy, stosując w krótkich odstępach lawatywy z fizyologicznego rozczynu soli kuchennej (0,9%). Oczywiście chora może także pić, ile jej się podoba (mleko lub szczawy alkaliczne). Zdaje mi się, że przez takie stosowanie płynów w wielkich ilościach, jady znajdujące się w ustroju, ulegają rozcieńczeniu i szybszemu wydaleniu z ustroju. Przytem podnosi się zwykle ciśnienie krwi, co uważam za rzecz bardzo dodatnią. Takiem zastosowaniem płynów podnieść można także leukocytozę, którą niektórzy uważają za czynnik korzystny. Chcąc to osiągnąć w większym stopniu możemy podawać kwas nukleinowy lub inne substancye, podniecające leukocytozę. Do tego samego celu dążą starania tych, którzy, idąc za przykładem Fochiera, wywołują na jakiemkolwiek miejscu ciała, olejkiem terpentynowym, sztuczne ropnie. W moich przypadkach nie zauważyłem jednak widocznego skutku z wytworzenia takich ropni sztucznych.

Niektórzy autorowie polecają wprowadzać do ustroju także środki chemiczne, jak np. kollargol, jodynę, formaldehyd lub rtęć, aby ustrojowi dostarczyć broni w walce z zarazkami. W licznych doświadczeniach nie widziałem jednak przy takiem leczeniu pożądanego skutku.

Dalszy szereg środków wewnętrznych dajemy w tym celu, aby obniżyć zbyt wysoką gorączkę. Do tych środków należą: chinina, antyfebryna, antypiryna, fenacetyna, salipiryna, piramidon i t. d. Czy starania takie zgadzają się z poprawnem tłómaczeniem znaczenia gorączki? Przecież gorączka bynajmniej nie jest tylko objawem choroby, ale w o wiele większym stopniu odczynem ustroju, mającym na celu ochronić go przed zarazkami i osłabić ich niszczące działanie. Dlatego nigdy chętnie nie zalecam środków, czasowo obniżających gorączkę, jedynie chinina o tyle byłaby może wskazana, że ma własności ułatwiające leukocytom fagocytozę.

### Leczenie operacyjne we wczesnym okresie choroby.

Nie mamy dotychczas sposobu miejscowego leczenia zakażenia połogowego, a raczej, mówiąc dokładniej, nie posiadamy dotychczas żadnego takiego, klinicznie wypróbowanego sposobu leczenia miejscowego, któryby polecić można lekarzowi praktykującemu.

Najkorzystniejsze są wyżej wspomniane przypadki, gdzie podstawą gorączki połogowej są rozkładające się w macicy cząstki pozostałych błon płodnych lub łożyska. W takich razach, przez opróżnienie i wypłukanie macicy chorą często uratować można. Na wyleczenie liczyć można tylko wtedy, jeżeli jadowite paciorkowce nie przekroczyły jeszcze granic przyczepu łożyska, t. j. jeżeli nie wkroczyły jeszcze głębiej do naczyń macicznych lub do naczyń chłonnych pozamacicznych. W tych bowiem razach sprawa przestała już być miejscową, ograniczoną do macicy, nastąpiło już albo ogólne zakażenie krwi i wtedy znajdujemy jadowite paciorkowce w drogach krwionośnych, — albo zarazki dostały się za pośrednictwem naddarć szyjki macicznej lub pochwy drogami chłonnemi do tkanki przymacicznej, wywołując tam zapalenie, naciek, a później często ropień. W tych razach opróżnienie i oczyszczenie wnętrza wystarcza już do rychłego wyleczenia macicy.

W przypadkach, gdzie zakażenie, pierwotnie tylko do wnętrza macicy ograniczone, prawdopodobnie już wytworzyło zakrzepy w naczyniach macicy samej albo poza nią, tam trzymać się należy zasady: »Noli me tangere«. Jakiekolwiek zabiegi chirurgiczne mogłyby wtedy zarazki, usadowione w zakrzepach, wtłoczyć w naczynia sąsiednie i dać powód do ogólnego zakażenia drogą krwionośną.

Bumm twierdzi, że zapalne zakrzepy tworzą się w macicy i w jej sąsiedztwie w tych mianowicie przypadkach, gdzie macica po poronieniu lub po porodzie nie dosyć szybko się kurczy. Oczywiście bez zakażenia pierwotnego nawet przy niedostatecznem kurczeniu się macicy, takie zakrzepy zapalne zwykle powstać nie mogą, jednakże wobec niebezpieczeństwa zakażenia wogóle należy zawsze zwracać uwagę na dostateczne ściągnięcie się macicy w połogu podając w razie potrzeby środki, macicę ściągające, jak np. sekakorninę.

W takich przypadkach, gdzie w samej macicy powstały śródścienne zakrzepy zakaźne, zagrażają one nieustannie uogólnieniem się zakażenia. Gdyby więc bakterye poza obręb macicy na pewno nie przeszły, możnaby mieć nadzieję przez wyjęcie macicy źródło zakażenia usunąć i osiągnąć wyleczenie. Ale tego na pewno nigdy wiedzieć nie możemy. Nawet badanie bakteryologiczne krwi nie daje pod tym względem pewności. Przytem wyjęcie macicy musiałoby być dokonane w okresie bardzo wczesnym, kiedy zazwyczaj jeszcze rokowanie nie wydaje się nam jeszcze tak niekorzystne. Brak tu więc ścisłego i jasno określonego wskazania. Nigdy przewidzieć nie możemy, w jakim okresie rozwoju zakażenie się zatrzyma, a na korzystny skutek wyjęcia macicy moglibyśmy liczyć tylko, gdybyśmy je dokonali w tak wczesnym okresie choroby, gdzie prawie zawsze mamy przypuszczać prawo, że i bez wyjęcia macicy choroba zakończy się pomyślnie. Gdy atoli już się stwierdzi, że zakażenie przekroczyło granice macicy, t. j. gdy możemy wykazać jadowite zarazki krążące we krwi, wtedy zabieg chirurgiczny jest zbyteczny, bo wykonaniem jego nic uzyskać nie możemy. Stosujemy więc zabieg chirurgiczny zwykle albo za rychło, albo za późno!

W ogólności okazuje się przeto, że przez wyjęcie macicy wiele uzyskać nie możemy. Veit uważa nawet wczesne wyjęcie macicy za zupełnie bezskuteczne, twierdząc, że tylko w tych przypadkach wyleczenie nastąpiło, w którychby chora i bez zabiegu chirurgicznego wyzdrowiała. Wogóle zabiegi chirurgiczne we wczesnym okresie połogu mało dają rękojmi wyleczenia.

### Zabiegi chirurgiczne w późniejszym okresie połogu.

I w późniejszym okresie zakażenia połogowego zabiegi operacyjne nie przedstawiają się w zbyt korzystnem świetle. Przewlekłe zakażenia połogowe łączą się często z zapaleniem zakrzepowem żył, które się coraz dalej posuwa; we krwi krążą wtedy zarazki w różnych ilościach. Byłoby złudzeniem przypuszczać, że przez podwiązanie żył, dotkniętych takim zakrzepem, zdołamy sprawę zakaźną ograniczyć. Wiadomo, jak wielką nadzieję pokładano w tej operacyi. Wprawdzie dreszcze, znamionujące ropnicę, po operacyi takiej znikały, jednakże w ciężkich przypadkach następowało po operacyi i tak zejście śmiertelne. Wyniki są wtedy jeszcze stosunkowo dobre, jeżeli we krwi krążyły tylko niejadowite zarazki.

Jaśniej już rzecz się przedstawia przy połogowem zapaleniu otrzewnej. Tutaj wskazanie do operacyi dyktowane bywa względami czysto chirurgicznymi. Chorą, bez operacyi prawie zawsze straconą, w bardzo rzadkich przypadkach przecież przez operacyę uratować można, coprawda, jeszcze rzadziej aniżeli przy zapaleniu otrzewnej z innych przyczyn. Oczywiście zupełnie zbytecznem tu jest wyjęcie macicy. Trzeba atoli zastosować szerokie sączkowanie jamy brzusznej w licznych miejscach.

### Późne zabiegi chirurgiczne.

Lepsze wyniki dają zabiegi chirurgiczne późne, w przypadkach, gdzie w przewlekłym okresie zakażenia sprawa się ogranicza, jako zapalenie okołomaciczne lub przymaciczne. Takie przypadki, o ile nie wytworzą się ropnie, mogą się wyleczyć naturalnemi siłami. Przy objawach ropienia należy, zdaniem mojem, ropne ogniska odszukać i ropę wypuścić. Miałem kilka przypadków, gdzie przez taką operacyę chora już zupełnie wyczerpana, w krótkim stosunkowo czasie powróciła do sił i kwitnącego zdrowia. Trzeba jednak starać się odszukać, o ile możności, wszystkie ogniska ropne, a nawet i te miejsca i guzy twardo naciekłe, gdzie ropy płynnej nie ma, należy szeroko otworzyć i sączkować. Nawet bowiem w tych twardych naciekach znajduje się zazwyczaj obficie materyał zakaźny, który prędzej czy później wywoła ropień. Aby miejsca te drogą brzuszną racyonalnie odszukać i otworzyć, radzę naprzód szeroko rozciąć skórę, podściółkę tłuszczową i mięśnie aż do powięzi. Macając przez odsłoniętą powięź, łatwiej określić ściśle siedzibę nacieków i ropni i przez nakłucie je stwierdzić. Dopiero po dokładnem obmacaniu przez powięź radzę głębiej się dostać do miejsc, naciekłych ropą. Operować należy ostrożnie, aby przypadkiem przez nieoględność nie dostać się do wolnej jamy brzusznej, co wytwarza znaczne niebezpieczeństwo. Wielkiem utrudnieniem byłoby także naddarcie pęcherza lub kiszek.

W niektórych przypadkach daje się zastosować cięcie pochwowe według Fraenkla. Do cięcia pochwowego nadają się ropienia w tkance pozamacicznej (tylnej), albo przymacicznej. Ropienia zaś wyżej leżące w okolicy przydatków, więc ropienia okołomaciczne radzę otwierać jedynie drogą brzuszną. Trudno bowiem byłoby tak wysoko leżące ropnie należycie otworzyć przez cięcie pochwowe, a nadto idąc tą drogą, łatwiej skaleczyćby można moczowody, pęcherz lub jelita.

Nie godzę się tedy na zapatrywania L. Fraenkla, który wszelkie ropnie, tak przymaciczne, jak okołomaciczne, choćby one małą tylko częścią do pochwy przylegały, otwiera drogą pochwową. Ropni połogowych przydatków nie wolno otwierać przez pochwę, ponieważ najkrótsza droga do nich wiedzie przez powłoki brzuszne, a chcąc do nich dotrzeć przez pochwę, rozdzielamy wiele tkanek, często nienaruszonych, i przez nie ropnie sączkować musimy.

Operowanie przez pochwę ma przytem swoje strony ujemne. Otwór wiodący z pochwy do ropnia, łatwo może

się zatkać, a ponowne jego otwarcie wymaga ponownego rozwierania pochwy narzędziami i bolesnego wprowadzenia zgłębnika do wązkiego kanału. Ażeby zatkaniu zapobiedz, trzeba chorą co parę dni kłaść na stół. To utrudnia jednakże niepotrzebnie zmianę sączków. Do tego jeszcze wchodzi w rachubę i to, że przewód sączkowy, który wiedzie przez pochwę, o wiele więcej jest narażony na zakażenie, niż kanał brzuszny, co przy pochwowem sączkowaniu ma tem większe znaczenie, gdyż, jak już wspomniałem, przewód drąży przez tkanki pierwotnie nienaruszone, które także podlegać muszą zakażeniu następczemu.

Bardzo często ropnie tego rodzaju, zanim jeszcze lekarz postanowi sztucznie je otworzyć, otwierają się same, albo do pochwy, albo przez powłoki brzuszne, albo do pęcherza lub do odbytnicy, albo w nieszczęśliwych przypadkach do jamy brzusznej.

Przebicie się ropnia do odbytnicy jest zwykle wielkiem szczęściem dla chorej, a pomyślną dla lekarza niespodzianką. Tutaj można powiedzieć, że natura wyręcza lekarza. Cały obraz choroby zmienia się w ciągu kilku godzin na lepsze. Chora przedtem wysoko gorączkująca, pocąca się, długą chorobą wycieńczona — przestaje gorączkować, tętno jej poprawia się; chora czuje się silniejszą, spokojniejszą i weselszą i domaga się posiłku. Guz znika w krótkim czasie, a chora powraca do zdrowia.

Skoro zaś przebicie się samorodne ropnia do odbytnicy wiedzie w niektórych przypadkach do wyleczenia, to lekarzowi musi nasuwać się myśl, aby w innych przypadkach naśladować to samorodne zejście sprawy. W trzech przypadkach przekłułem też ropnie okazałej wielkości przez odbytnicę i wypuściłem ropę tą drogą. I w tych przypadkach stan chorych natychmiast się podobnie polepszył, jak w owych przypadkach samoistnego przebicia się ropy do kiszki.

Nie wynika z tego jednakże bynajmniej, aby wszystkie podobne przypadki leczyć w jednakowy sposób, otwierając ropień przez odbytnicę. Byłoby wogóle największym błędem, przy leczeniu zakażenia połogowego, jakiekolwiek schematyzowanie. Otwieranie bowiem systematyczne ropni przez odbytnicę, miałoby tesame zasadnicze wady, jakie wyżej wymieniłem, mówiąc o otwieraniu ropni przez pochwę. Stąd wynika, że powinniśmy w tych przypadkach starannie indywidualizować i zawsze wprzód przez odbytnicę dokładnie guzy wymacać. Tam, gdzie guz chełboczący dociera do ściany odbytnicy i gdzie przestrzeń pomiędzy nią a ścianą ropnia jest minimalna, gdzie więc przekłucie nie przebije przypuszczalnie zdrowych tkanek — tam można śmiało odbytnicę w miejscu chełbotania przekłuć, tam też można się spodziewać, że ropa odpłynie i guz w najkrótszym czasie zniknie.

Częściej, niż zazwyczaj sądzimy, zdarza się przebicie się ropy do pęcherza. Powiodło mi się to stwierdzić od czasu, kiedy zwykłem badać pęcherz cystoskopem. Jeszcze długo po wyleczeniu choroby stwierdzić mogłem takie otwory po przebiciu się ropni do pęcherza, które dawniej w rzadkich przypadkach widzieliśmy dopiero przy sekcyach. Takie zejście daje zwykle dobre rokowanie ostateczne, chociaż niekiedy wynikające stąd zapalenie moczowodu lub miedniczki nerkowej naraża chorą na nieprzyjemne powikłanie. Jest rzeczą bardzo ważną, abyśmy przebicie ropnia do pęcherza rychło rozpoznali, a przepłukiwaniem takie powikłanie najprędzej usunęli. W każdym razie także odejście ropy drogą pęcherza sprawia chorej natychmiastową ulgę, bo wywołuje zniknięcie guza i tem samem zniknięcie bolów; zazwyczaj następuje potem wyleczenie.

Zdarzają się jednakże przypadki, w których przedziurawienie ropnia do pęcherza nie zagaja się. Pozostaje wtedy stały otwór pomiędzy pęcherzem a ropniem, co tak dla pęcherza jak i dla jego sąsiedztwa może mieć niepomyślne następstwa. W tych razach radzi Tilmann cięciem nadłonowem otworzyć pęcherz i przetokę od strony wnętrza pęcherza zaszyć. Jamę ropnia trzeba przytem zewnątrz sączkować. Większe, z pęcherzem połączone ropnie zaleca się otworzyć drogą brzuszną, ścianę ropnia razem z przetoką oddzielić od pęcherza i od zewnętrznej strony zaszyć szwami wielowarstwymi. I tutaj należy oczywiście jamę ropnia przez powłoki brzuszne odpowiednio sączkować. W tych przypadkach pozostawiam zawsze cewnik na stałe w pęcherzu przez trzy lub cztery dni.

Ropnie okołomaciczne większych rozmiarów leczę, otwierając je szeroko drogą brzuszną i przyszywając ściany ropnia do rany w powłokach brzusznych. Po wypróżnienin ropnia stosuję szerokie sączkowanie. Wyleczenie ropnia następuje wtedy powoli przez ziarnkowanie. Sposób ten jest pewny i o tyle korzystny, że jednym i tym samym zabiegiem ochrania się jamę brzuszną i usuwa się ropę.

Jeżeli w dłuższy czas po połogu wymacać się dają ropnie okołomaciczne, dobrze otorbione, i jeżeli badaniem oburęcznem uda się stwierdzić, że są to ropnie jajowodu i jajników, wtedy uważam za rzecz najlepszą wyłuszczyć przydatki doszczętnie drogą brzuszną po rozdzieleniu zrostów. Asch wykazał, że ten sposób leczenia w późnym okresie choroby daje korzystne wyniki. Przez takie postępowanie chroni się chorą od długiego i wyczerpującego charłactwa i oszczędza się jej wiele sił i cennego czasu. W każdym razie należy starać się zapobiedz niebezpieczeństwu, jakiem grozi pęknięcie ropni do jamy brzusznej. Zdarza się to przy gwałtownem poruszeniu się, albo przedwczesnem wstawaniu z łóżka. Dopóki ropień istnieje, trzeba mieć na uwadze możliwość takiego nieszczęśliwego obrotu, a nie należy zanadto wiele liczyć na samorodne wyleczenie. Niepomyślnemu takiemn zajściu w świeżych przypadkach zapobiedz możemy przekłuciem ropni, a w przewlekłych doszczętnem wyjęciem zropiałych przydatków.

---

Z pewną rezygnacyą przyznać trzeba, że pomimo wszelkich badań i starań nauka nasza nie może się w leczeniu zakażenia połogowego poszczycić bardzo dodatnimi wynikami. W ciężkich przypadkach posocznicy i ropnicy i nadal skazani jesteśmy na to, by bezradnie stwierdzać tylko postęp choroby.

Lat prawie pięćdziesiąt minęło od czasu, gdy genialny Semmelweiss wypowiedział zdanie, że gorączkę połogową wywołuje zakażenie, wnikające od zewnątrz do ustroju położnicy. Od czasu tego bakteryologia wykryła istotę zakażenia i ułatwiła nam patologiczne zrozumienie choroby. Wynikami praktycznymi dotąd praca nasza nie została jednak uwieńczona. Jeszcze najskuteczniej wobec postępów nowoczesnej chirurgii działać możemy w przewlekłych przypadkach, a więc tam, gdzie sztuka nasza polega na odszukaniu i usunięciu ropy. Miejmy atoli nadzieję, że postępy nauk lekarskich rozszerzą i tutaj z czasem zakres naszego działania i dostarczą nam skutecznych, dziś jeszcze przewidzieć się nie dających sposobów leczenia. Na razie nie pozostaje nam nic innego, jak powiedzieć sobie: »Sempre avanti!«.

---

## Piśmiennictwo bieżące.

### Chirurgia.

(Chirurgia kończyn).

Wette. **Chirurgiczno-ortopedyczne leczenie rdzeniowego porażenia dziecięcego.** (Medizin. Klinik 1910, Nr 31). Jak dotąd leczenie przy porażeniu rdzeniowem jest objawowe, jest jednak nadzieja, że może zmieni się to na lepsze, a to na podstawie tego, że udało się przenieść zarazka i wywołać chorobę u małp. Przez te bowiem postępy w zbadaniu przyrody choroby zbliżamy się też do przyszłych postępów w jej leczeniu. W okresie ostrym leczyć powinien tylko internista. Wprawdzie niektórzy już w tym okresie zakładają gorsety, stosują łóżeczka gipsowe i t. p.,

celem unieruchomienia kręgosłupa. W. jest jednak przeciwny temu »męczeniu dzieci« zwłaszcza, że odpowiedni materac i worki z piaskiem oddadzą te same usługi. Natomiast wkraczać powinien ortopeda zaraz po ustąpieniu okresu ostrego, a to celem zapobiegania wytwarzaniu się przykurczeń. Do tego służą: miesienie, gimnastyka, elektryzacya, przyrządy ortopedyczne, szyny i t. p. Głównem zadaniem jest tu wzmacnianie mięśni słabych, ew. porażonych i zapobieganie kurczeniu się mięśni przeciwniczych. Sposoby takie, jak ustalanie w pozycyi przesadnej (Übercorrectur) lub wycinanie skóry i zeszywanie ubytku nad sferą porażoną uważa W. za zbyteczne i szkodliwe dla dziecka. W okresach późniejszych, gdy już wytworzyły się przykurczenia, nie należy odrazu operować, t. j. przeszczepiać ścięgien, lecz przedewszystkiem wyrównać przykurczenie, a nieraz wtedy przeszczepiania okażą się zbyteczne. Przy stawach cepowatych, lub gdy przeszczepiania pozostaną bez skutku, wykonuje się zespolenie stawu, lecz dopiero po 6., a nawet po 8. roku życia. O plastyce nerwów nie mamy jeszcze pewnych wiadomości. Klęsk.

Biesialski. **Zasady leczenia choroby Littlego.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 31). Przed dwoma laty podali Förster i Tietze do leczenia choroby Littlego operacyę wycięcia (resectio) tylnych korzeni, a to na zasadzie rozumowania, że istotą choroby jest wzmożenie spraw odruchowych. Rzucono się z zapałem do tej operacyi bez względu na to, czy przypadki do tego się nadawały, czy nie. A jednak postawić tu należy pewne granice. Są n. p. przypadki takie, w których chorzy w łóżku okazują bardzo małe zmiany, a dopiero przy próbach wstawania powstają kurcze. W innych znowu przypadkach kurcze zjawiają się niestale, lecz co pewien czas. W końcu istnieją przypadki najcięższe, gdzie kurcz jest stały i kończyny prawie zupełnie sztywne. Przypadki te nie są najczęstsze, a właśnie jedynie one nadają się do operacyi Förstera. B. operował dwoje dzieci; jedno zmarło. Bezpośrednio po operacyi kurcze zwalniały, ale dzieci odczuwały ogromne bole. Niestety bezpośredni wynik operacyi upośledzają zwykle skrócenia mięśni, powięzi, nerwów i naczyń, i dlatego też na przyszłość zamierza B. najpierw ortopedyczno-chirurgicznie leczyć te skrócenia, a dopiero po pokonaniu ich ewentualnie przystąpić do wycięcia korzeni, inne bowiem postępowanie chybia celu. Tak więc należy najpierw w uśpieniu krwawo, czy bezkrwawo usunąć skrócenia, a potem ustalić w nowem położeniu w gipsowym opatrunku lub przyrządzie i dozwolić dzieciom chodzić, ew. w odpowiednich stołkach. Prócz tego codzień miesienie, leczenie gorącem powietrzem i mechaniczne w połączeniu z nauką zręczności i pracą mechaniczną. Nie należy mięśniom dozwolić leniwieć. Dopiero, gdy to leczenie nic nie pomoże, wolno poddać dziecko tak ciężkiemu zabiegowi, jak operacya Förstera. Pierwotnie zaś wykonać operacyę Förstera wolno tylko tam, gdzie kurcze są stałe i w bardzo wysokim stopniu tak, że wyprostowywanie pierwotne skróceń byłoby bez wielkich zabiegów niemożliwe. K.

Grunert. **W sprawie zwichnięcia obojczyka przed mostek.** (Med. Klinik 1910, Nr 22). Przy zwichnięciu obojczyka przed mostek odprowadzenie udaje się łatwo, ale zatrzymanie obojczyka we właściwem miejscu jest bardzo trudne, a jeżeli się nie uda, to czynność kończyny górnej może pozostać bardzo upośledzoną, a prócz tego chorego drażni ciągle przesuwanie się obojczyka po mostku, a dokuczają mu nieraz nerwobole. Umocowanie obojczyka zapomocą blaszki kostnej, wziętej z mostka (König), lub przez przesunięcie przyczepu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego na pierwsze żebro (Gersuny) wiele nie pomaga, a najpewniejszym sposobem jest szew kostny mostka z obojczykiem, co autor w jednym przypadku z nader pomyślnym skutkiem wykonał. Klęsk.

Gottstein. **Przypadek zwichnięcia kości łódkowatej stopy.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 28). G. spostrzegał przypadek zwichnięcia kości łódkowatej u 46-letniej kobiety, która potknęła się o dywan w pokoju. Na pierwszy rzut oka objawy złamania kostek lub skręcenia stopy: wylew krwawy koło kostki zewnętrznej, na grzbiecie stopy i przed kostką wewnętrzną. Stopa wyprostowana, koniec przyciągnięty. W okolicy stawu Choparta wypukłość nieprzesuwalna, na wewnętrznym brzegu zaś wklęsłość. W lekkiem uśpieniu udało się odprowadzenie łatwo przez odciągnięcie stopy i wciśnięcie zwichniętej kości. Chora ta w 17. roku życia zwichnęła stopę i od tego czasu noga przy chodzie często jej się skręcała, co zapewne wpłynęło na powstanie tego nieczęstego zwichnięcia. K.

Henschen. **W sprawie teoryi i praktyki leczenia złamań uda i goleni wyciągiem.** (Arch. f. Orthop. Mechan. u. Unfallchir. VII. Z. 4). Zapatrywania H. dają się streścić w następujący sposób: Przy leczeniu złamań wyciągiem umieszczenie kończyny w wyprostowanej pozycyi nie jest odpowiednie. Najodpowiedniejsze jest ułożenie pośrednie, wygodne, pomiędzy zgięciem, a wyprostowaniem. Przytem mięśnie wolnieją, a zyskuje się przez to znacznie więcej, niż przez zawieszanie i wyciąganie dużymi ciężarami, które, jak to fizyologia wykazuje, nie mogą odpowiednio do swego ciężaru rozciągać mięśni. Przy wspomnianem ułożeniu pośredniem wystarcza zwykle obciążenie (nawet dla uda) 7—10 klgr. A.

Tilmann. **Kostnienie mięśni po zwichnięciach.** (Tow. lek. Kolonia 1909, 15. III). Po zwichnięciach wielkich stawów spostrzega się nieraz zmiany zapalne w sąsiednich mięśniach, w których następstwie zjawia się kostnienie mięśni, zwykle w 1—3 tygodni po wypadku. Obraz jest tu dość cechujący. Po odprowadzeniu przez 2—3 tygodni miewa się chory dobrze, aż nagle zjawia się znowu pogorszenie i upośledzenie ruchomości. Przy badaniu w mięśniach stwierdza się twardy naciek, z dnia na dzień jeszcze twardniejący. Podobnie i badanie promieniami Röntgena wykazuje z dnia na dzień wyraźniejsze cienie. Przyczynę cierpienia tego upatrywać należy w odrywaniu się przy zwichnięciu małych cząstek okostnej, a może działa tu drażniąco także i wylany płyn stawowy. Leczenie jest jedynie operacyjne, polegające na usunięciu tkanki kostnej. Udaje się to łatwo przy stawie łokciowym, trudniej przy barkowym i biodrowym. Jeżeli w pewien czas po odprowadzeniu zwichnięcia ruchy zaczynają znowu być gorsze, należy przerwać uruchomianie i zaraz podjąć badanie rentgenowskie. K.

## Okulistyka.

Ridder. **Zniedołężnienie umysłu i tarcza zastoinowa w przebiegu nowotworów mózgu.** (Bull. de la Soc. Belge d'Opht., Nr 28). Nowotwory mózgu dają przeważnie dość ściśle określony zbiór objawów, zależnych przedewszystkiem od zwiększenia ciśnienia śródczaszkowego. Są to w pierwszym rzędzie bole głowy, nudności, wymioty, zwolnienie tętna i tarcza zastoinowa. W dalszym rzędzie przyłączają się objawy ogniskowe, zależne od zniszczenia przez nowotwór pewnych ośrodków lub dróg nerwowych. Do tej kategoryi objawów zalicza R. także i postępujące niedołęstwo umysłu. Czasem występuje ono do tego stopnia na plan pierwszy, że sądzić można, iż chodzi o jedną z chorób umysłowych. Nieraz dopiero stwierdzenie tarczy zastoinowej zapomocą wziernika naprowadza nas na myśl, że może istnieć nowotwór śródczaszkowy. Tak się stało w dwóch przypadkach, spostrzeganych przez R. Wynika z tego, że w przypadkach zniedołężnienia, któremu nie towarzyszą żadne wyraźne objawy wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, nie należy nigdy zaniedbać zbadania dna oczu. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych, a po części i oględzin pośmiertnych Gallemaertsa, Dureta, Gianellego, Neumayera i własnych twierdzi Ridder, że zniedołężnienie, towarzyszące nowotworom mózgowym, ma ważne znaczenie

rozpoznawcze dla określenia siedziby guza. Występuje ono najczęściej w przypadkach nowotworów, usadowionych w białej istocie płatu czołowego lub skroniowego, lub w przedniej części spoidła wielkiego. W miejscach tych krzyżuje się niezmierna ilość włókien nerwowych asocyacyjnych, przybiegających bądźto z półkuli jednej do drugiej, bądź łączących ze sobą ośrodki tej samej półkuli. Przerwanie i zniszczenie tych połączeń asocyacyjnych wywołuje rychło głębokie zaburzenia władz umysłowych. Odnosi się to w najwyższym stopniu do płatów czołowych, które, jak to już dziś ponad wszelką wątpliwość wykazano, są głównem siedliskiem inteligencyi, pamięci, uświadamiania wrażeń i kojarzenia wyobrażeń. Nowotworom rozwijającym się w tych okolicach towarzyszy, częściej może, niż innym, tarcza zastoinowa, wiadomo jednak, że niema ona sama przez się żadnego znaczenia rozpoznawczego dla określenia siedziby nowotworu. K. W. Majewski.

Marbaix. **Przypadek szybkiego oślepnięcia po silnym urazie oczodołu.** (Bull. de la Soc. Belge d'Opht., Nr 27). Wskutek uderzenia końcem parasola w okolicę powieki dolnej wystąpiła bezpośrednio zupełna utrata poczucia światła ze zniesieniem odruchu źrenicy, która oddziaływała tylko współczulnie. Dno oka, a w szczególności tarcza nerwu wzrokowego, nie okazywała na razie żadnej zmiany. Już po czterech dniach zaczęła jednak tarcza blednąć, a dziesiątego dnia zanik jej był zupełny. Badanie zgłębnikiem rany powieki dolnej wykazało, że nie sięgała ona głęboko. Sam krwotok pozagałkowy, o którym świadczyło mierne wysadzenie gałki w pierwszym dniu po wypadku, możeby nie zdołał do tego stopnia, przynajmniej w tak krótkim czasie, uszkodzić nerwu wzrokowego przez ucisk. Krwotok do pochewek nerwu wzrokowego, wobec braku wziernikowych objawów zastoju należy wyłączyć. Trzeba więc przypuścić poprostu zmiażdżenie tego nerwu, przygniecionego chwilowo okutym końcem parasola do kostnej ściany oczodołu. K. W. Majewski.

## Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

**Różnica pomiędzy ciepłotą, mierzoną w odbytnicy a pod pachą,** występuje, według Poczobuta, ponad pół stostopnia ($1^0$ i wyżej) głównie przy osłabieniu serca, tak samoistnem, jak i następowem (np. w niektórych chorobach zakaźnych: dur osutkowy, brzuszny, błonica, grypa, zapalenie płuc i ostra gruźlica, — w zapaleniach otrzewnej, niedrożności jelit i t. p.) i każe poważnie rokować. Przy tężcu zaś, rzucawce porodowej, zapaleniu opon i t. p. bywa różnica ciepłoty albo małą ($0,3^0$ do $0,0^0$), albo nawet paradoksalną ( $-0,1^0$ do $-0.4^0$, t. j. ciepłota zewnętrzna większa od wewnętrznej); taka różnica ma wartość tylko dyagnostyczną, a niema żadnego znaczenia dla rokowania. (Tyg. lek. 1909, Nr 20—23. Wien. med. Woch. 1910. Nr 18—19). P.

**Doświadczalnie wywołany tężec** leczył Camus zapomocą wstrzykiwań śródrdzeniowych mieszaniny surowicy przeciwtężcowej i jałowej zawiesiny mózgu. Mieszanina ta musi przedtem stać pewien czas w termostacie, inaczej nic skutkuje. (Presse med. Nr 30). A.

**Higieniczny wykłuwacz do zębów** ze złota (cena 4 marki) podał Francke z Monachium, a to w tej myśli, że złoto nietylko pozostaje zawsze czystem, ale nawet odkaża odstępy zębowe. (Med. Klin. Nr 30). A.

**Czy samobójstwo można ewentualnie uważać za skutek wypadku nieszczęśliwego** (Unfallfolge)? Samobójstwo może być uznane za skutek nieszczęśliwego wypadku wtedy, gdy 1) dokonane zostało wśród zaburzenia psychicznego wywołanego przypadkiem, 2) gdy dokonano go środkami, używanymi w danem przedsiębiorstwie, (albowiem trudno tu odróżnić przypadek), 3) gdy dokonane zostało w następstwie powikłań, pozostałych po wypadku n. p. kalectwa, bardzo silnych bolów i t. p. Omawiając tę sprawę, twierdzi Schultze wbrew orzeczeniom urzędowym, że nie potrzeba wcale wykazania zboczenia psychicznego w każdym przypadku, by uznać samobójstwo za wynik wypadku, lecz powyżej przytoczone motywa powinny być dla znawcy wystarczające. (Tow. lek. Szczecin, marzec). A.

**Elasto-massage** jest to przyrząd, podany przez Dra Adolfa Schnée'a, mający zastępować miesienie ręczne. Przyrząd (w 3 wielkościach wyrabiany), przypomina szczotki do czyszczenia koni; w miejsce szczeci są umieszczone elastyczne wsuwające się stemple metalowe, naśladujące niejako palce ręki. Zwłaszcza klepanie wykonuje się tym przyrządem znakomicie. Chorzy wolą to miesienie od ręcznego, a i masujący męczy się przytem bardzo mało. E. M. nadaje się bardzo do celów kosmetyki, leczenia otyłości, a wreszcie termo- i elektromiesienia. Przyrządy dają się wygotować. (Med. Klinik Nr 30—31). K.

**Przy zakrzepach żył kończyn dolnych** poleca Fischer zakładać opatrunek Unny, przekonał się bowiem, że opatrunki uciskowe wywołują bardzo szybkie znikanie zakrzepów i zapobiegają tworzeniu się dalszych. (Med. Klinik Nr 30). A.

**Na zasadzie ścisłego związku między nerwem współczulnym, a drogami oddechowemi** poleca Hönck miesienie brzucha przy krztuścu, nieżytach tchawicy i oskrzeli. W wielu przypadkach, nawet uporczywych, osiągnął H. w ten sposób wyleczenie. Nieraz po miesieniu spostrzegać można wybitne zblednięcie błon śluzowych gardła. (Tow. lek. Hamburg, 12. IV.). A.

**Do odżywiania niemowląt** poleca Dresler odpowiednio sporządzany kefir; dzieci znoszą go o wiele lepiej, niż polecany yoghurt, albowiem kefir jest znacznie mniej od niego kwaśny. (Med. Klinik, Nr 31). A.

**Do odkażania skóry** w miejsce drażniącej nalewki jodowej poleca Witthauer 12% spirytusowy rozczyn jothionu (zawiera 80% czystego jodu). Przed jothionem wyciera W. jeszcze skórę gruntownie 2% lizoformem w alkoholu. (Med. Klinik, Nr 31). A.

**Zeszycie nerwu zwrotnego,** uszkodzonego przez postrzał, wykonał z pomyślnym skutkiem Horsley. Chrypka, porażenie struny i przypadłości oddechowe znikły zupełnie. H. radzi zeszywać nerw także przy przerwaniu przy operacyi wola. (Ann. of surg. T. 51. IV.). A.

**Swędzenie** uważa Winkler na zasadzie swych badań za zupełnie fizyologiczne odczuwanie, dające się wywołać przyrządem wibracyjnym, drganiem widełek strojowych i t. p. W bliznach i na histerycznych strefach skóry swędzenie nie występuje, jeżeli niema tam także czucia dotyku i bolu. Zwłaszcza idzie swędzenie w parze z czuciem bolu przy zachowanym dotyku w syringomyelii, a także przy znieczulaniu sposobem Schleicha. Naodwrót przez wstrzyknięcie saponiny tłumi się czucie dotyku, a pozostaje zdolność odczuwania bolu i swędzenia. Zdaje się, że komórki dotykowe Merkla służą do odczuwania swędzenia. Przy trądzie zanika często swędzenie, choć czucie bolu jest zachowane. Również drapanie, powodujące ból, zagłusza świąd. Zagłusza swędzenie także zniedokrwienie skóry i wiodące do niego zabiegi (zimno, ucisk, elektryczność, nadnerczyna i t. p.). (Arch. f. Derm. und Syph. 99). A.

**W leczeniu kiły osiągnął przetworem „606“** bardzo korzystne wyniki Treupel. Wstrzykiwania jednak są bardzo bolesne, dlatego ambulatoryjnie nie dadzą się wykonywać. Śródmięśniowo wstrzykuje się 0,3—0,4, rozpuszczone w alkoholu metylowym i 25 $cm^3$ wody, śródżylnie zaś tyleż leku w 240 $cm^3$ rozczynu fizyol. soli kuchennej. Arszenik wydziela się z ustroju do 14 dni. Wyniki wogóle

były bardzo dobre i szybkie, nieraz w 2 dni znikały już n. p. zupełnie klykciny, a działań ubocznych nie było. Wyniki lecznicze utrzymywały się po $^1/_2$ roku spostrzegania. (Tow. lek. Frankfurt n. M. 23. VI.). A.

**Nieżyty cewki moczowej,** naśladujące trypra, mogą podług Motza pochodzić z następujących przyczyn: 1) urazy (pęknięcia cewki, zranienia po cewnikowaniu, przejściu kamienia, piasku i t. p.); 2) uszkodzenia chemiczne (środki żrące, wstrzykiwania drażniące, zgęszczony mocz, zawierający toksyny, np. przy durze, oksalurya, mocz zawierający obficie jodek potasu, mocz przy różnych skazach i t. p.); 3) nieżyty wskutek schorzeń pęcherza lub nerek i zakażania cewki drobnoustrojami; 4) nieżyt samoistny po wybrykach w piciu lub płciowych, zwłaszcza po spółkowaniu w czasie regularności lub ciąży i t. p. (An. d. malad. d. org. gen. ur. 1910, II.). A.

**Płukania żołądka** poleca Strübe także przy następujących cierpieniach: 1) przy cukrzycy celem pobudzenia czynności trzustki, 2) przy żółtaczce nieżytowej (po 3—4 dniach), 3) przy różnych cierpieniach jelit, jak zaparcie stolca i t. p., 4) przy dychawicy oskrzelowej, 5) w cierpieniach skórnych (trądzik i t. p., 6) przy niedokrwistości i bladnicy. (Münch. med. Wochs., Nr 23 i 24). A.

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie łódzkie.

**Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.**

**Posiedzenie z d. 13. lipca 1909 r.**

(Sala szpitala małż. Poznańskich).

1. Kol. Pański przedstawia przypadek **psychozy histerycznej.**

Panna X., 16 lat, dziedzicznie obarczona. Od kilku dni nie może niczem się zająć, ponieważ różne myśli przychodzą jej do głowy i szybko się zmieniają. Jest pobudzona, dużo mówi, nie sypia; przybiera często pozy teatralne i przemawia, jak ze sceny. O rzeczach zwykłych mówić nie chce, zajmują ją natomiast zagadnienia abstrakcyjne. Wie, że otoczenie widzi w niej umysłowo chorą, lecz to tylko dlatego, iż »ona jest inną, niż wszyscy«, »gdyby jednakże wszyscy byli inni i lepsi, wtedy człowiek dzisiejszy wydawałby im się waryatem«. Zapytuje, »czy można leczyć duszę chorą, jej duszę« i odpowiada, że tę sztukę posiadać mogą tylko »lekarze inni, lepsi«. Badanie wykazuje dużo znamion (stygmatów) histerycznych: znieczulenia znanego typu, nadwrażliwość dotykową, brak odruchu gardłowego i spojówkowego, silnie wzmożone odruchy ścięgniste i t. d. Rozpoznanie nie wymaga omówienia. (Streszczenie własne).

2. Kol. Pański: Przypadek **bezwładu połowiczego** u dziecka **podczas krztuśca.** Dziecko, 3 lata. Krztusiec w łagodnej postaci od miesiąca. Typowy bezwład lewej połowy ciała od tygodnia. Powstania tego bezwładu matka nie zauważyła. Mowa była zachowana, dziecko przestało poruszać lewą rączką. Badanie wykazuje: odruch kolanowy i Achillesa lewy — wzmożony; drganie stopy lewej, objaw Babińskiego z lewej strony; brak odruchu jądrowego lewego; zaburzeń czuciowych brak. Język zbacza w stronę prawą. Duże dolne gałązki nerwu twarzowego objęte porażeniem. W sercu brak zmian. W moczu niema białka i cukru.

Bezwłady połowicze w przebiegu łagodnego krztuśca nie zdarzają się często. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Klozenberg zaznacza, że krztusiec jest cierpieniem, które usposabia do spraw mózgowych. W danym przypadku za przyczynę uważa K. krztusiec, ewentualnie napady kaszlu. — Mogilnicki zaznacza, że na 1000 przypadków krztuśca zdarzają się 3—4 przypadki bezwładu. — Schönaich zauważa, że rokowanie przy bezwładach krztuścowych jest lepsze. — Pański uważa przypadki bezwładu przy krztuścu za rzadkie: sam widział wszystkiego 3 przypadki. W danym przypadku rokowanie nie jest dobre: istnieje zupełny bezwład połowiczy.

3. Kol. Pański przedstawia przypadek **pląsawicy.** Mężczyzna 20-letni, dobrze zbudowany. W rodzinie cierpień nerwowych, zwłaszcza pląsawicy, nie było. Chory gośćca nie miał. Narządy wewnętrzne bez zmian chorobowych. Niedokrwistość nie widoczna. Ruchy wybitnie pląsawicze dotyczą lewych kończyn. Mowa utrudniona. Usposobienie przygnębione i zmienne. Zaburzeń czuciowych, jakoteż znamion histerycznych brak. Odruchy ścięgniste i skórne po obydwóch stronach jednakowo żywe. Drgania stopy, objawu Babińskiego brak.

Pląsawica u mężczyzn w tym wieku bywa rzadko. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Mogilnicki zwraca uwagę na ruchy powiek u chorego z prawej strony. — Kol. Klozenbergowi ruchy przypominają »tic convulsif«.

4 Kol. Krzyżanowski przedstawia przypadek **histeryi,** przedstawiany dawniej na posiedzeniu sekcyi dnia 20. czerwca przez kol. Pańskiego.

Chora C. O., lat 17, szwaczka. Przyjęta do szpitala w Kochanówce 20. VI. Stan 21. VI.: Strasznie wychudzona, skóra sucha i żółta. Leży bezwładnie z przymkniętemi powiekami, wykonywa głową rytmiczne ruchy w prawo i w lewo, z ust stale wydziela się piana ze śliny. Posadzona, pada chora w tył albo naprzód, podniesiona ręka lub noga opadają bezwładnie. Czasami tylko to w jednej, to w drugiej grupie mięśni znać pewne naprężenie. Mięśnie brzucha mocno napięte i cały brzuch silnie wciągnięty. Wszystkie odruchy ścięgniste, spojówkowy i źreniczny (na światło) zachowane. Tylko bardzo silne ukłucia szpilką wywołują słaby odczyn ruchowy. Palec skierowany wprost do otwartego oka chorej nie wywołuje zmrużenia powiek. Na przemówienia i wołania nie oddziaływa chora wcale, bezwzględne milczenie. Chora jest tak wycieńczona, że zaszła potrzeba podskórnego wstrzyknięcia soli, poczem po przepłukaniu żołądka nakarmiono chorą przez zgłębnik. Po pierwszem sztucznem karmieniu chora zwymiotowała wszystko małemi porcyami, przy następnych karmieniach wymioty były coraz słabsze. W tydzień już chora sama zaczyna prosić szeptem »jeść«, ale jedzenie musi być jej jeszcze wkładane i wlewane w usta. Kiedy nikogo niema w pokoju, odmyka chora oczy i zmienia potrochu położenie w łóżku. Wydzielanie moczu zwiększyło się znacznie; przez pierwsze dni pobytu w szpitalu chora oddawała mocz tylko raz na dobę i to w bardzo niewielkiej ilości. Na drugi dzień pobytu w szpitalu oddała też sama trochę kału. Piana z ust nie wydziela się więcej, ale jednocześnie z polepszeniem się stanu odżywiania zjawiło się tak silne pocenie się, że cała koszula, a nawet prześcieradła chorej są zupełnie mokre. Pod wpływem wzmożonego odżywiania, wstrzykiwań kakodylanu sodowego i glicerofosfatu, chora w przeciągu 2 miesięcy utyła do niepoznania i poprawiła się fizycznie, ale stan psychiczny zmienił się tylko o tyle, że chora zaczęła trochę szeptem mówić i otwierać oczy. Postawiona na nogi, chora zaraz pada, w taki sposób jednak, że nigdy się mocno nie urazi. Jeżeli podtrzymujący stoi z przodu, chora pada ku przodowi, jeżeli z tyłu — w tył. Odruchy kolanowe to znikały, przyczem można było zauważyć silne naprężenie mięśni nogi, to zjawiały się znowu. Po paru tygodniach faradyzacyi nóg i pleców chora zaczęła chodzić, podtrzymywana z początku za obie, potem za jedną rękę, przyczem stopą tupie po podłodze, nie podnosząc jak zwykle przy chodzeniu. Siedzieć bez oparcia pleców nie może. Przebieg

choroby potwierdza rozpoznanie Pańskiego. (Streszczenie własne).

Kol. Pański zaznacza ogromną różnicę ku lepszemu między stanem chorej wtedy, kiedy ją przedstawiał i stanem obecnym.

(C. d. n.).

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

**Sprawy sanitarne w Sejmie.** (c. d.). Sprawa budowy zakładu położniczego w Krakowie, tak, jak się w tegorocznem sprawozdaniu Wydziału kraj. przedstawia, nasuwa w zestawieniu z kilku jeszcze sprawami poważne refleksye ogólniejszej natury. Oto zarówno ona, jak i budowa szpitala w Nadwórnej i pawilonu dla chorych wenerycznych w Stryju, odwlekają się coraz więcej »wskutek braku odpowiedzi ze strony c. k. rządu«, który ma uczestniczyć w kosztach budowy. Ta przyczyna powtarza się nie po raz pierwszy w sprawach, które ma przeprowadzać kraj wspólnie z rządem. Rozwiązanie powstających stąd nietylko na polu sanitarnem powikłań należy do zagadnień politycznych i może po części przynajmniej powieśćby się mogło przy zasadniczej reformie administracyi, poruszanej w Sejmie wielokrotnie, a nie mogącej jakoś dotąd wejść na tory praktyczne. Na razie zaś, wobec obojętności czy niechęci centralnych władz rządowych, powinnyby takie przewlekania, jakich przykłady w zakresie sanitarnym wspomniano powyżej, skłonić Koło polskie w Wiedniu do energicznej interwencyi; inicyatywę do tego powinniby dać lekarze, posłujący z naszego kraju do parlamentu. Nietrudno zrozumieć, że gdzie chodzi o podział kosztów między kraj i skarb państwa, tam każdy z tych czynników stara się ile możności zmniejszyć spadający nań ciężar; ale targ taki niekoniecznie musi iść leniwo i kraj ma prawo żądać, aby sprawy tego rodzaju nie zalegały miesiącami na biurkach ministeryalnych referentów. W takim przypadku, jak szpital w Nadwórnej lub pawilon w Stryju, gdzie chodzi głównie o zwalczanie endemii kiły, wyniszczającej niektóre powiaty wschodniogalicyjskie, przynosi powstająca z winy władz centralnych zwłoka wielkie szkody ludności. Wobec zaś dzisiejszego, wstyd poprostu budzącego pomieszczenia oddziału położniczego krakowskiego i c. k. szkoły położnych, jakiekolwiek załatwienie sprawy będzie zawsze lepsze, niż stan obecny i w nieskończoność przewlekające się układy między krajem a rządem.

W tegorocznem sprawozdaniu Departamentu V, oprócz pozostałego z zeszłej sesyi (niezałatwionego przez Sejm) wniosku o rekonstrukcyę szpitala w Bochni, jest jeden nowy wniosek budowlany, dotyczący szpitala w Drohobyczu, a drugi świeżo, przedstawiony Sejmowi, jako osobne sprawozdanie, odnosi się do szpitala w Przemyślanach. Szpital przemyślański, otwarty w r. 1898, a więc przed laty zaledwo 12, uległ zupełnemu zniszczeniu, głównie z powodu grzyba; oprócz odbudowy gmachu głównego wnosi Wydział krajowy dobudowanie pawilonu zakaźnego na 6 łóżek i trupiarni; przytem szpital ma być rozszerzony, gdyż obecnie jest stale przepełniony (średnio 67 chorych na 44 łóżkach). Roboty te dokonane być mają kosztem 117.539 k., z czego 44.115 k. ponieść ma powiat, resztę kraj. Może jeszcze w ciągu sesyi sejmowej wpłyną dalsze sprawozdania i wnioski Wydziału krajowego w kierunku budowy nowych i rekonstrukcyi starych szpitali, z których kilka jeszcze koniecznie jej wymaga (Brody, Jasło, Podhajce, Wadowice, Żółkiew); niektóre znów, nawet nowe szpitale (Tarnobrzeg), jako stale przepełnione, muszą być w bliżkiej przyszłości rozszerzone. W każdym razie, — jak dotąd, nie sprawdzają się na szczęście obawy, że w 7-milionowym wydatku na zakład w Kobierzynie może leżeć niebezpieczeństwo dla postępu inwestycyi w innych działach szpitalnictwa krajowego. Oprócz samych budynków, wchodzi tu w rachubę polepszenie urządzenia szpitali (umeblowanie, bielizna itp.). Szkoda, że Sprawozdanie Dep. V. nie daje ogólnego obrazu postępów w tym także kierunku.

Co się tyczy personalu szpitalnego, to przedewszystkiem z uznaniem podnieść należy imienne przytoczenie lekarzy, którzy korzystali z zasiłków krajowych na studya zagranicą, oraz stwierdzenie, że z tych wycieczek odbierał Wydział kraj. sprawozdania. Sądzimy, że publikowanie tych sprawozdań w czasopismach lekarskich powinnoby więcej się rozpowszechnić, niż dotychczas. Korzystający z zasiłków krajowych lekarze zaciągają pewien dług moralny, którby spłacać należało przez podzielenie się zebranemi spostrzeżeniami z ogółem lekarzy. W ten sposób mogłyby owe wycieczki naukowe przynieść także szpitalnictwu krajowemu jeszcze większą korzyść i oddziałać szerzej, niż dzieje się obecnie, gdy sprawozdania z podróży po przejściu przez Dep. V., nieznane szerszym sferom lekarskim, idą pokrywać się pyłem archiwalnym.

Dla wykształcenia lekarzy, pracujących w służbie krajowej, są wycieczki naukowe zagranicę rzeczą konieczną; niemniej jednak byłoby może pożytecznie, przeznaczać część zasiłków, przynajmniej od czasu do czasu, na ułatwienie chętnym wykonania pewnych badań naukowych w pracowniach i klinikach krajowych, coby się znacznie mogło przyczynić do podniesienia poziomu lekarskiego naszych szpitali i do obudzenia szlachetnej emulacyi wśród lekarzy w kierunku samodzielnego postępu naszej medycyny.

Wielką reformą, która stanowić może naprawdę erę w rozwoju naszego szpitalnictwa, należy nazwać otwarcie szkoły pielęgnowania chorych dla Sióstr zakonnych, zajętych w szpitalach, a jeszcze więcej postanowienie, że szkołę tę mają przejść wszystkie Siostry zakonne, zajmujące się w szpitalach krajowych opieką nad chorymi. Jeżeli jednak dla przyspieszenia tej pożądanej chwili postanowił Wydział kraj. urządzać w szpitalu lwowskim po dwa kursa corocznie, to — przyjmując to zarządzenie z najżywszą radością — niepodobna przemilczeć, że cel byłby jeszcze rychlej osiągnięty, gdyby oprócz kursów lwowskich utworzono kursa dla Sióstr także i w Krakowie, gdzie przecież nie braknie ukwalifikowanych sił nauczycielskich. Bardzo pomocny byłby zresztą w urządzeniu kursów, któreby można wprowadzić nawet w większych szpitalach prowincyonalnych, podręcznik, opracowany dla kursów przez Dyrektora szpitala lwowskiego, a wspomniany w Sprawozdaniu Dep. V., nieznany nam dotąd, bo w handlu księgarskim znaleść go nie zdołaliśmy.

Możeby też dobrze było wprowadzić także systematyczne wykształcenie dla Sióstr, przeznaczonych do administracyjnych czynności. Mniejsza już o pomoc kancelaryjną, gdzieniegdzie spełnianą jeszcze obecnie przez Siostry. Przedewszystkiem chodziłoby o naukę gospodarstwa szpitalnego, a zwłaszcza o naukę prowadzenia kuchni szpitalnych, co z pewnością dozwoliłoby z czasem osiągnąć pewną poprawę tego żywienia w znaczeniu lekarskiem i stosowanie choćby w grubszych zarysach leczenia dyetetycznego. Dziś o niem trudno w szpitalach naszych mówić.

Drugą wielką reformą, częścią już dokonaną, częścią będącą w toku, jest zmiana kontraktu z Siostrami zakonnemi w szpitalach, której szczegóły podamy, omawiając sprawozdanie Inspektora szpitali, świeżo przedłożone Sejmowi.

Postęp organizacyi okręgów sanitarnych zapowiada się w tegorocznem Sprawozdaniu Dep. V. lepiej, niż kiedykolwiek. Niema w niem jednak wzmianki o tem, czy i kiedy utworzony będzie przy Wydziale kraj. »inspektorat« lekarski dla okręgów sanitarnych, bez którego o dokładnem wyzyskaniu tej organizacyi myśleć trudno.

Zdrojownictwo krajowe stało się w tym roku przedmiotem tak żywego zajęcia sejmowej komisyi sanitarnej, że zanosi się na to, iż w pełnej Izbie odezwie się głośniejszem echem; do tego też czasu należy odłożyć uwagi o tej sprawie, w której bardzo ważnym krokiem będzie wprowadzenie nowych statutów dla wszystkich zdrojowisk. Byłoby pożądane, aby krajowa Rada Zdrowia, której Wydział kraj. przedstawił już projekt wzorowego statutu, opublikowała opinię, jaką wyda w tej sprawie.

Z poruszonych w Sprawozdaniu Dep. V. innych spraw, przedstawia się sprawa opieki nad podrzutkami jako rzecz, koniecznie wymagająca uregulowania. Jakkolwiek w r. z. Wydział krajowy w wyczerpującem sprawozdaniu przedstawił Sejmowi, że opieka ta do kraju nie należy, niemniej pozostaje faktem, że w wiedeńskim zakładzie chowa się obecnie około czterysta podrzutków galicyjskich na koszt kraju. Pominąwszy rozmaite inne względy, zdawałoby się, że przynajmniej wzgląd finansowy powinienby wejść w rachubę; wychowanie podrzutków tych w kraju kosztowałoby prawdopodobnie mniej, niż utrzymanie ich w Wiedniu.

Inicyatywa Wydziału krajowego w sprawie budowy państwowego Zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy, jak również wspólnie z rządem podjęte próby leczenia matołków, których tylu jest w podgórskich powiatach Galicyi, wreszcie skuteczne zabiegi o powiększenie liczby członków Najw. Rady Zdrowia,

powołanych z Galicyi, — mogą być przyjęte przez ogół lekarzy w kraju tylko z najżywszem zadowoleniem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

**Z administracyi znaczków receptowych.**

| Sprzedano znaczków: | 4 h | 1 h |
|---|---|---|
| Od roku 1904 do końca sierpnia 1910 . | 519,092 | 450,194 |
| We wrześniu 1910 . . . . . . . . . | 800 | — |
| Razem . | 519,892 | 450,194 |

Dr Żydłowicz, administrator.

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 2. X. do 8. X. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 3 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca 2, ospy wietrznej 1, płonicy 10 † 1 (1 † 1), odry 8 † 1, duru brzusznego 7 † 3 (3 † 3), róży 1. Dr Janiszewski.

## Andrzej Obrzut.

Odszedł od nas na zawsze człowiek, który niezwykłą pracą i talentem, własną zasługą i własnemi tylko siłami osiągnął jeden z najwięcej czcigodnych posterunków życia społecznego — katedrę uniwersytecką.

A takim człowiekiem był Andrzej Obrzut.

Charakter wytrwały i hartowny, nie poszedł w świat ubitą, zwykłą drogą, jak młodzieniec, który osiągnął dyplom lekarza. Urodzony w Siołkowej (w pow. grybowskim w Galicyi) w r. 1855, wstępuje po ukończeniu szkół średnich w Nowym Sączu w poczet uczniów krakowskiej »Almae matris«, gdzie też w r. 1881 otrzymuje dyplom doktorski. Jako starszy lekarz wojskowy dostaje się w roku 1883 do Pragi, gdzie w chwilach wolnych pracuje z zamiłowaniem w patologiczno-anatomicznym instytucie uniwersytetu niemieckiego pod kierownictwem prof. Chiarego. Rozmiłowany w pracy naukowej występuje z wojska i zostaje w tymże roku asystentem przy instytucie patologiczno-anatomicznym uniwersytetu czeskiego, którego kierownikiem zostaje prof. Hlava.

Obrzut pracuje wytrwale, z zamiłowaniem, jakie tylko dać może żądza wiedzy szczerej i zdobycia dla niej nowych odkryć. W r. 1887 habilituje się z anatomii patologicznej, a wkrótce potem, w uznaniu badań naukowych otrzymuje stypendyum im. Śniadeckich (Gałęzowskiego), które pozwala Mu na studya w Strassburgu u prof. Recklinghausena i w Paryżu u prof. Cornila. W r. 1891 zostaje nadzwyczajnym honorowanym profesorem.

Znane są młodszemu pokoleniu lekarzy czeskich wykłady histologii patologicznej, które, choć nadobowiązkowe, cieszyły się niezwykłą frekwencyą, znana w tradycyi postać niezwykle wytrwałego i sumiennego pracownika. Po 12 latach pracy, jako pierwszy asystent czeskiego instytutu patologiczno-anatomicznego i nadzwyczajny profesor, wraca do kraju rodzinnego, powołany do objęcia katedry anatomii patologicznej na nowo utworzonym Wydziale lekarskim we Lwowie.

Umiłowanym przedmiotem Obrzuta była histologia patologiczna. Nie dziw, — wszak początki Jego pracy naukowej schodzą się z epoką wytwarzania się i pierwszego rozwijania się tej gałęzi anatomii patologicznej. Do niej więc przylgnął i jej się poświęcił. I choć pierwsze (3) prace z r. 1886 i 1887 nie wskazują jeszcze na właściwy teren naukowej działalności przyszłego profesora, to wszystkie następne uprawniają, jak słusznie we wspomnieniu pośmiertnem napisał prof. Kucera, do nazwania Obrzuta »jednym z najlepszych histologów polskich i słowiańskich«.

W badaniach Obrzuta przebija zawsze myśl oryginalna, nie ta dorywcza, nie ta przypadkowa, ale myśl ciągła, która przewija się przez szereg prac konsekwentnie.

Tło, na którem rozwijają się badania i spostrzeżenia Obrzuta, to jeden z najwięcej skomplikowanych działów patologii, — to zapalenie. Po dwóch pracach, zajmujących się pochodzeniem komórek olbrzymich w gruźlicy, nowotworach i tkankach zapalnych (1886 i 1887), ukazuje się szereg innych, w których ścisły badacz na podstawie obrazów mikroskopowych stara się wyjaśnić pochodzenie produktów, spotykanych przy zapaleniu ostrem i przewlekłem. Jak nić czerwona przesuwa się przez te prace myśl Obrzuta, że materyałem, z którego powstają wytwory zapalne, tak upostaciowane, jak ciałka ropne, lub bezkształtne, jak włóknik, — to ciałka czerwone. Wśród wcześniejszych i ówczesnych usiłowań, które na drodze badania mikroskopowego starały się, nawet tak ekscentrycznie, jak Grawitz, tłómaczyć powstanie wytworów zapalnych, — idea Obrzuta była bardzo pociągającą i godną zastanowienia. W »Histogenezie zwyrodnienia koloidowego, skrobiowatego i szklistego« (Dziennik Zjazdu lek. i przyrod. polskich w Krakowie 1891) propaguje Obrzut dalej znaczenie ciałek czerwonych w powstawaniu zmian wstecznych tkankowych. Na szeregu obrazów drobnowidowych wykazuje związek genetyczny między ciałkami czerwonemi, a skrobiawicą, koloidem i hyaliną. A nawet powstanie mas serowatych w gruźlicy lub kile pozostaje, zdaniem Jego, w ścisłym związku z temi ciałkami. (Histogeneza gruzełka, Przegląd lek. i Contrib. à l'étude des gommes et de l'artérite syphilitiques 1896). Wspólnie z prof. Hlavą pisze Obrzut podręcznik anatomii patologicznej, dzieło dwutomowe, z 532 rysunkami w tekście z oryginalnych preparatów Obrzuta. Nie będę wyliczać prac innych, niejako odosobnionych, których liczba przechodzi 20, a w których Obrzut rozpatruje różne zagadnienia, wypowiadając trafne, jak dziś widzimy, poglądy.

Oto dorobek naukowy przedwcześnie Zmarłego. Zapatrywania Jego oryginalne, często śmiałe, zwalczano; — dziś jednak, opierając się na późniejszych badaniach, potwierdzić musimy, że wiele w nich słuszności, — a odnosi się to do powstawania mas skrobiowatych, szklistych, zserowacenia, lub włóknika. A i co do innych zagadnień, poruszanych w pracach Obrzuta, nauka nie wypowiedziała jeszcze ostatniego słowa!

Człowiek bez kompromisów w nauce, — nie znał ich i w życiu. Myślał w życiu otwarcie, a to nie zawsze popłaca. Sprawy, której bronił, nie odstąpił, choćby z ujmą dla siebie. Ta otwartość w wypowiadaniu zdania, nieraz przykrej prawdy, ta stanowczość w czynach, zrobiła z Niego naturę szorstką. W naturze tej tkwiły jednak strony piękne — umiał cenić ludzi, umiał być wdzięcznym. Jako przełożony nie narzucał podwładnym i uczniom swego zdania, — cieszył się jednak bardzo, gdy zdanie to i myśl nową widział u nich, cieszył się, gdy widział, że rwą się do pracy, dla każdego chętnego »cały zakład stał otworem«. To też, choć na pozór nieraz obojętny, mógł Obrzut przyciągnąć do siebie ludzi, którzy, znając te głęboko ukryte zalety, cenili Go i płacili wdzięcznością.

Nie przeczuwając, że więcej nie wróci, żegnał swój zakład, mając nowe nadzieje i nową pełną wiarę w siebie; dziś nadziejom tym i tej wierze bezlitosne prawo natury powiedziało swe »veto«, — tem większy więc żal pozostawia po sobie u tych, którzy znali Go z blizka i którzy tam, zdala od ojczystej, — na czeskiej ziemi spoczywającego na długo zachowają w dobrej i wdzięcznej pamięci.

Witold Nowicki.

## Krajowy Zjazd przemysłowo-balneologiczny,

urządzony staraniem Komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, odbędzie się we Lwowie w dniach 29., 30. i 31. X. b. r. z programem obejmującym 23 referatów, dotyczących najważniejszych zagadnień i spraw zdrojownictwa z ogólnego stanowiska, i to tak w kierunku naukowo-leczniczym, jak i ekonomiczno-gospodarczym pojętych. Referaty objęli wybitni balneologowie, lekarze, chemicy i ekonomiści, (Prof. Dr Korczyński, Prof. Dr Marchlewski, Doc. Dr Piasecki, Doc. Dr Szumowski, dyrektor Ciompa, poseł Dr Battaglia, wiceprezes polskiego Towarzystwa balneologicznego Dr Cercha, sekretarz tegoż Towarzystwa Dr Zanietowski, wicesekretarz lwowskiej Izby handlowej i przemysłowej Dr Łobaczewski, Dr Kopff, radca ces. Dr Ebers, Dr Kaden, Dr Kmietowicz, Dr Praschil, Dr Pelczar, Dr Mayer, Dr Zakrzewski, Dr Żychoń, adw. Dr Westreich, Dr Świątkowski, Limanowski, Łazarski, Dr Aronsohn i Dr Bandrowski). Wśród celowych zadań Zjazdu pierwszorzędnej wagi jest sprawa organizacyi »Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk« o zadaniach ekonomiczno-przemysłowych. Program Zjazdu, rozłożony na 3 dni, jest następujący: 1) W piątek, 28. X. o 8. wiecz. ogólne zapoznanie się w hotelu Georgea. 2) W sobotę, 29. X. o 10 rano otwarcie Zjazdu i I. posiedzenie, od 2—3 zwiedzenie sanatoryum Dra Soleckiego;

od 4—7. II. posiedzenie Zjazdu; o godz. 7. przedstawienie w teatrze miejskim, poczem komers w restauracyi hotelu Georgea. 3) W niedzielę, 30. X. od 8—9½ rano zwiedzanie elektrowni miejskiej; od 10—1. III. posiedzenie Zjazdu; od 2—3½ zwiedzanie sanatoryum w Kisielce; od 4—7. IV. posiedzenie Zjazdu. 4) W poniedziałek, 31. X. od godz. 10 V. posiedzenie Zjazdu: wybór zarządu Związku, wnioski komisyi petycyjnej i zamknięcie Zjazdu. — Obrady Zjazdu odbywać się będą w salach »Instytutu technologicznego« Izby handlowej i przemysłowej przy ul. Bourlarda (boczna Batorego) l. 5., gdzie również mieścić się będzie konkursowa wystawa fotograficzna zdrojowisk, zakładów leczniczych i letnisk polskich, urządzona przez redakcyę »Naszych Zdrojów«.

Członkom Zjazdu przysługiwać będą zniżki kolejowe, co uwidocznione będzie na zjazdowych kartach legitymacyjnych.

Wszelkich informacyi i objaśnień udziela prezes komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Dr Kalikst Krzyżanowski, Lwów, Namiestnictwo.

## Wiadomości bieżące.

Miesięcznik »Zdrowie«, obecny organ Warszawskiego Towarzystwa higienicznego, dobiegł 1. października b. r. 25 lat istnienia.

»Zdrowie« jest pierwszem higienicznem czasopismem polskiem, które doczekało się ćwierćwiekowej rocznicy założenia. Dawniejsze wydawnictwa tego rodzaju, jak »Dwutygodnik medycyny publicznej«, oraz »Przewodnik higieniczny« zdołały się utrzymać zaledwo przez lat kilka. Niedługo też wychodziło »Zdrowie«, redagowane przez Dr Dobrskiego. Dopiero pismo, pod tym samym tytułem założone przez Dr Józefa Polaka, umiało przełamać trudności i przetrwawszy niejedną ciężką chwilę, nietylko zdołało przyczynić się wielce do rozszerzenia wiadomości higienicznych w naszem społeczeństwie, ale także wywołać szerszy ruch na polu samodzielnych badań w zakresie higieny, na polu praktycznego postępu higienicznego w Królestwie polsk., a wreszcie doprowadzić do założenia bujnie dziś się rozwijającego Warszawskiego Towarzystwa higienicznego.

Niepospolite te wyniki swej działalności, należącej do historyi higieny u nas nietylko jako nauki, ale także jako dzieła społecznego, zawdzięcza »Zdrowie« w pierwszym rzędzie niewątpliwie energii, wytrwałości i zapobiegliwości swego założyciela, który odrazu umiał przy swojem piśmie zgrupować nietylko wybitnych lekarzy, lecz również techników, meteorologów i statystyków, zajmujących się higieną w różnych dzielnicach Polski. Do pierwszych współpracowników »Zdrowia« należeli: Prof. Łuczkiewicz, dzisiejszy protomedyk Galicyi Dr Merunowicz, Prof. Domański, Prof. Grabowski, Dr Buszek, Lutostański, Malinowski, Bukowski, inż. Lindley i Henrich, meteorologowie Kowalczyk i Wierzbicki i t. d.

Z przekształceniem »Zdrowia« na organ Warszawskiego Towarzystwa higienicznego zyskało ono trwalsze podstawy materyalne, a zarazem przeszło w ręce obieralnych co trzy lata redaktorów. Pierwszym z nich był Doc. Dr Władysław Janowski, następcami jego Dr Wernic i Dr Piotrowski, obecnie zaś kieruje tem pismem Dr Józef Jaworski. Odzwierciedlając pracę Towarzystwa higienicznego, zarządzanych przez nie potężnych instytucyi, (jak ogrody im. Raua, instytut higieny dziecięcej im. Lenvala, sanatoryum w Rudce) i mnogich jego oddziałów prowincyonalnych, jest obecnie »Zdrowie« pełnym wyrazem prac i usiłowań, podejmowanych w zakresie higieny w zaborze rosyjskim.

Czasopismu, które przez długie lata samotnie a wytrwale walczyło z obojętnością naszego społeczeństwa wobec jednego z najważniejszych zadań społecznych, a które zdołało obojętność tę pokonać i dziś może z chlubą spoglądać na minione ćwierćwiecze, należy się prawdziwe i głębokie uznanie najszerszych sfer. My dołączamy jeszcze życzenie, aby drugie ćwierćwiecze »Zdrowia« było okresem równie pięknego rozwoju, jak pierwsze, i aby przyniosło jeszcze bogatsze owoce pracy, podjętej dla dobra kraju.

**Warszawa.** Zjazd chirurgów polskich, zamknięty 8. X. b. r., utrzymał się do samego końca na tym wysokim poziomie, jaki zajął w pierwszym dniu obrad. Ani na chwilę nie osłabły udział w Zjeździe i tętno naukowe rozpraw, które zdołały wyczerpać ledwo połowę ogłoszonego programu, tak że trzeci temat »O aseptyce i antyseptyce« musiał być odłożony na Zjazd następny. Liczba uczestników dobiegła 347, z tego 233 z Warszawy, 50 z innych miast Królestwa Polskiego, 40 z Galicyi, 10 z prowincyi zabranych, 10 z Wielkopolski, 4 z obczyzny (Paryż, Petersburg, Chicago).

Oprócz R. dw. Prof. Rydygiera, byli prezesami honorowymi Zjazdu Prof. J. Kosiński z Warszawy, Prof. Ziembicki ze Lwowa, Dr Szuman z Torunia i Dr Wł. Stankiewicz z Warszawy. Na przewodniczących rzeczywistych, po dwóch na każde posiedzenie, poproszono: na posiedzenie I.: Prof. Kadera z Krakowa i Prof. Ziemackiego z Petersburga; na II. Prof. Rosnera z Krakowa i Dra Motza z Paryża; na III. Dra Pomorskiego z Poznania i Prof. Hermana ze Lwowa; na IV. Dra Dobruckiego z Lublina i Dra Łazarewicza z Poznania; na V. Prof. Chlumskyego z Krakowa i Dra Mieczkowskiego z Poznania; na VI.: prezesa Tow. lekarskiego warszawskiego Dra Gabszewicza i Dra Sztejnera.

Doskonałą swą organizacyę zawdzięczał Zjazd komitetowi warszawskiemu, który stanowili: przewodniczący Prof. Kryński, skarbnik Dr Solman, sekretarz Dr L. Zembrzuski, członkowie: Drzy Borsuk, Borzymowski, Ciechomski, Gabszewicz, Jakimiak, Kijewski, Krauze, Leśniowski, Łapiński, Oderfeld, Raum, Br. Sawicki i W. Stankiewicz.

Oba warszawskie tygodniki lekarskie, »Gazeta lekarska« i »Medycyna i Kronika lek.« poświęciły Zjazdowi okazałe zeszyty, zawierające szereg prac, przeznaczonych na Zjazd; »Medycyna i Kronika lek.« dołączyła miłą pamiątkę: wizerunki znakomitych, a dziś nieżyjących chirurgów warszawskich, ś. p. Matlakowskiego, Jawdyńskiego, Jasińskiego, Orłowskiego, Zagórskiego, Krajewskiego i Karczewskiego. Również wyszedł zeszyt Zjazdowy »Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego«.

**Z różnych stron.** Otrzymujemy wiadomość, że na VI. Zjeździe balneologów w Salzburgu dnia 7. X. wybrany został do prezydyum, między innymi Polak, Dr Zanietowski z Krakowa, który w imieniu polskiego Towarzystwa balneologicznego, oraz licznie obecnych na Zjeździe Polaków powitał Zjazd po polsku. Mowa jego i mowa czeska delegata Votruby zostały przyjęte oklaskami. Na Zjeździe była demonstrowana pierwsza ścienna mapa polskich zdrojowisk Dra Zanietowskiego, oraz mapa balneologiczna Austryi Dra Czopa.

**Mianowani** profesorami: pedyatra Doc. Szontagh w Peszcie, ginekolog Doc. Jolly w Berlinie, laryngolog Doc. Eicken w Giessen.

**Zmarli:** neurolog Prof. Raymond w Paryżu.

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

**Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego** odbędzie się **we środę d. 19. października 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Klinika cholery (zagai Dr August Kwaśnicki na podstawie własnych wspomnień). 2) Profilaktyka cholery (wykład Dr T. Janiszewskiego).

## Kursy dla lekarzy praktyków na Wydziale lekarskim Wszechnicy lwowskiej w r. 1910 od 5 do 23 Grudnia.

Wszelkich wyjaśnień udziela prof. Raczyński, Lwów, klin. dzieci.

### Program wykładów.

**Anatomia patologiczna:**

Doc. Dr Nowicki: Dyagnostyka patologiczno-anatomiczna na zwłokach, 6 godzin tygodniowo.

Doc. Dr Hornowski: Najprostsze metody badania i rozpoznawania preparatów patologicznych mikroskopowych w praktyce lekarskiej, 3 godziny tygodniowo.

**Bakteryologia:**

Prof. Dr Kucera: Bakteryologia i serologia lekarska ze szczególnem uwzględnieniem metod dyagnostycznych, 12 godz. tyg.

**Farmakologia:**

Prof. Dr Popielski: O środkach sercowych przeciwgorączkowych i narkotycznych, 2 godziny tygodniowo.

**Medycyna wewnętrzna:**

Prof. Dr Gluziński: Klinika chorób wewnętrznych, 6 godz. tyg.

Prof. Dr Wiczkowski: Dyagnostyka chorób wewnętrznych na materyale szpitala powsz. ze współudziałem Dra W. Ziembickiego, kierownika pracowni chemiczno-bakteryologicznej w dziale chemii i bakteryologii, Dra M. Selzera w dziale dyagnostyki czynnościowej chorób narządu pokarmowego i Dra Sabata w dziale rentgenologii klinicznej, 6 godzin tygodniowo.

Prof. Dr Bądzyński: Kliniczne badania moczu, 2 godz. tyg.

Prof. Dr Rencki: Hematologia kliniczna, 3 godz. tygodniowo.
Prof. Dr Marischler: Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nerkowych z demonstracyami, 2 godz. tygodniowo.
Doc. Dr Franke: Dyagnostyka i terapia chorób narządu krążenia, 2 godziny tygodniowo.

**Chirurgia:**

Prof. Dr Rydygier: Klinika chirurgiczna, 6 godz. tygodniowo.
Prof. Dr Ziembicki: Ćwiczenia operacyjne na materyale oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym, 12 godz. tyg.
Prof. Dr Schramm: Demonstracye i ćwiczenia praktyczne z zakresu chirurgii wieku dziecięcego, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Barącz: Kurs operacyi brzusznych z uwzględnieniem wskazań (na zwłokach), 5 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Herman: O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w niektórych cierpieniach wewnętrznych, 3 godz. tygodn.

**Położnictwo i choroby kobiet:**

Prof. Dr Mars: O postępie w położnictwie i ginekologii w ostatnich dziesiątkach lat, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Bylicki: Antyseptyka położnicza i sposoby badania miednicy z ćwiczeniami na ciężarnych, 2 godz. tyg.
Prof. Dr Kośmiński: Pogląd na obecny stan nauki położnictwa operacyjnego, 3 godziny tygodniowo.
Prof. Dr Sołowij: Leczenie gorączki połogowej, 1 godz. tyg.

**Okulistyka:**

Prof. Dr Machek: Rozpoznanie i leczenie chorób ocznych, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Szulisławski: Operacye na zewnętrzuych częściach oka, 2 godziny tygodniowo.
Prof. Dr Bednarski: Ćwiczenia we wziernikowanin oka, 2 godziny tygodniowo.

**Dermatologia:**

Prof. Dr Łukasiewicz: Rozpoznanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych, 5 godzin tygodniowo.

**Pedyatrya:**

Prof. Dr Raczyński: Klinika chorób dziecięcych, 6 godzin tygodniowo. Choroby przewodu pokarm. i żywienie dzieci, (Asyst. Dr H. Progulski), Stosowanie leczn. tuberkuliny (Asyst. Dr Matylda Lateiner).

**Neurologia:**

Prof. Dr Halban: Symptomatologia chorób nerwowych, 5 godzin tygodniowo.
Doc. Dr Orzechowski: O lokalizacyi w układzie nerwowym z przedstawianiem chorych i preparatów oraz z uwzględnieniem patologii anatomicznej układu nerwowego, 2 godz. tyg.

**Laryngologia i otologia:**

Prof. Dr Jurasz: a) Klinika chorób uszu, gardła i krtani (tylko dla wprawnych w badaniu dróg oddechowych), 2 godz. tyg. b) Co każdy lekarz z laryngo-rynologii wiedzieć powinien? (dla mniej wprawnych), 4 godziny tygodniowo.
Doc. Dr Zalewski: a) Klinika chorób usznych (tylko dla wprawnych w badaniu ucha), 2 godziny tygodniowo. b) Co każdy lekarz z otologii wiedzieć powinien (dla mniej wprawnych w badaniu ucha), 4 godziny tygodniowo.

**Medycyna sądowa:**

Prof. Dr Sieradzki: Ćwiczenia w badaniu i orzekaniu sądowo-lekarskiem, 2 godziny tygodniowo.





